

Konvülziyon Nedeniyle Yatırılan 125 Çocuğun Değerlendirilmesi

EVALUATION OF 125 CHILDREN HOSPITALIZED FOR SEIZURES

Ruşen TOPALLI*, Yıldız DALLAR**, Gülten TANYER***, Ükü TIRAŞ****

- * Dr.SB Ankara Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanı,
** Doç.Dr.SB Ankara Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Şef Yard.,
*** Prof.Dr.SB Ankara Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Şefi,
**** Dr.SB Ankara Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Başasistanı, ANKARA

ÖZET

Bu çalışmada hastanemiz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne Ocak 1991-Aralık 1993 tarihleri arasında konvülziyon nedeniyle yatırılarak tetkik ve tedavi edilmiş 125 olgu analiz edildi. Ortalama yaş 3.16 ± 3.06 yıl idi. Olguların %51'ini 2 yaş ve altındaki çocuklar oluşturuyordu. Olguların %62'si erkek, %38'i kız olup, ortalama hastanede yatış süreleri 6.49 ± 4.25 gün olarak hesaplandı. En sık nöbet sebebi febril konvülziyon (%43) idi. Bunu santral sinir sistemi enfeksiyonları (%25) izliyordu. Febril konvülziyon nedenleri arasında ilk sırayı üst solunum yolları enfeksiyonları (%46) alıyordu. Olguların %21'i status epileptikusla başvurmuştu. En sık görülen nöbet tipi tonik-klonik %46 nöbetti. İlk kez konvülziyon geçiren olgular serinin %70'ini oluşturuyordu. Olguların %88'ine tomber ponksiyon yapılmıştı. Lomber ponksiyon sonuçları 2 yaşın altında ateşli nöbetle gelen her hastaya lomber ponksiyon yapılması yolundaki görüşü destekler görünüyordu. Febril konvülziyonun en sık rastlanan konvülziyon sebebi olması literatürle benzerlik gösterirken, dış yayınlarla karşılaştırıldığında yurdumuzda santral sinir sistemi enfeksiyonlarının hala oldukça yüksek oranda konvülziyon nedeni olarak ortaya çıkması dikkat çekmekteydi.

Olgularımız arasında mortalite %6.4 olup, ölümler sepsis, santral sinir sistemi enfeksiyonu, intrakraniyal kanama gibi ciddi patolojilere bağlıydı.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk, Konvülziyon, Etiyoloji

T Klin Pediatri 1997, 6:48-52

Serebral korteksteki nöronların ani, paroksizmal ve aşırı elektriksel deşarjı sonucu ortaya çıkan konvülziyon çocukluk çağında en sık görülen nörolojik semptom olarak bilinir. Konvülziyonların büyük çoğunluğu (% 60-90) çocukluk yaşlarında ve adölesan dönemde görülmektedir (1, 2). Epilepsi insidansı, 10 yaş altı çocuklarda %0.4.3 olarak bildirilmiştir (3). Ondört yaş altı çocuklarda ise epilepsi insidansı çeşitli yayınlarda %0.45 ile 0.95 arasında verilmektedir (1,2,4,5). Çocukların %2-7'si ise en azından bir kez spesifik bir konvülzif sendrom olan febril konvülziyon geçirmektedir (3, 6-10).

Geliş Tarihi: 13.11.1996

Yazışma Adresi: Dr.Ruşen TOPALLI
9. Sokak 5/3
Bahçelievler, 06500, ANKARA

SUMMARY

In this study 125 cases-admitted to the Pediatric Department of our hospital for seizure disorders; between January 1991 and December 1993-were analyzed. Mean age was 3.16 ± 3.06 years. Fifty-one percent of patients were younger than 2 years. Sixty-three percent of cases were boys and 37% were girls. Mean hospitalization period was 6.49 ± 4.25 days. The commonest etiology was febrile convulsion (43%), followed by central nervous system infections (25%). The most frequent cause for febrile convulsions was upper respiratory infections (46%). Twenty-one percent of cases had presented with status epilepticus. The most predominant seizure type was tonic-clonic seizures with a rate of 46%. Seventy percent of cases had their first seizures. Lumbar puncture was performed to 88% of cases. Lumbar puncture results seemed to support the trend to perform lumbar puncture to all children, younger than 2 years, who developed a febrile seizure. Febrile convulsion, as being the commonest cause of seizures, was correlating with the literature; however, it was remarkable that the central nervous system infections were still a great problem in our country.

Mortality was 6.4%, among our cases and deaths were due to serious underlying disorders such as, sepsis, central nervous system infections and intracranial hemorrhage.

Key Words: Childhood, Seizures, Etiology

T Klin J Pediatr 1997, 6:48-52

Konvülziyonlar gerek anne ve babalar gerekse hekimler için sıkıntı verici deneyimlerdir. Anne ve babalar çocuklarının öleceği, sakat kalacağı ya da epilepsi hastası olacağı endişesiyle paniğe kapılmakta, genellikle gereksiz olan bu korkuyla hatalı davranışlarda bulunabilmektedirler. Hekimlerse kendilerine getirilen çoğu zaman konvülziyonu zaten durmuş olan çocuk karşısında ne yapmaları gerektiği konusunda kararsızlık yaşamaktadırlar. Yeterince inceleme yapmayarak önemli tanıları gözden kaçırmakla, gereksiz inceleme ve tedavi ile çocuğu ve aileyi maddi ve manevi sıkıntıya sokmak arasında bocalayabilmektedirler.

İlk nöbetini geçiren çocuklar genellikle acil olarak hastanelere getirilirler. Konvülziyonla getirilen çocuklarda tedavi gerektiren çeşitli problemlerin bir arada bulunması olasıdır. Acil servislerin ve pediatri kliniklerinin konvülzi-

yonlu hastaya yöneliminde yol gösterici olabilmesi amacı ile, çalışmamızda hastanemiz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne 1991-1993 yıllarında konvülziyon geçirdiği için yatırılmış çocukların kayıtları incelenerek çeşitli ölçütler değerlendirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada, hastanemiz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğine, 1 Ocak 1991 - 31 Aralık 1993 tarihleri arasında, konvülziyon etyolojisi araştırılmak üzere yatırılmış olan, 1 ay - 16 yaş arası 125 hastanın kayıtları incelendi.

Hastaların kimlik bilgileri, yatış süreleri, konvülziyon türleri, daha önce konvülziyon geçirip geçirmediikleri, muayene ve laboratuvar bulguları, yapılan ileri tetkikler, lomber ponksiyon ve sonuçları, yatarken konulan etyolojik tanılar ile sonuçları oluşturulan çalışma protokolüne göre ortaya konularak değerlendirilmeye alındı.

Hekim tarafından gözlenmeyen ve aile tarafından tam tanımlanamayan konvülziyon tipleri "bilinmeyen" olarak sınıflandırıldı. Etiyolojik tanısı konulmadan ölen, hastaneden ayrılan, tetkiklerine ayaktan devam etmek

üzere taburcu edilen ve kesin tanıya varılamayan olgular; "nedeni bilinmeyen" olarak sınıflandırıldı. Hastaneye getirildiğinde konvülziyonu devam etmekte olanlar "status epileptikus" kabul edildi.

Tartışma bölümünde başka çalışmalarla karşılaştırabilmek amacıyla bazı veriler bu çalışmaların koşullarına göre düzenlemeye tabi tutuldu.

Veriler MS Excel 5.0 bilgisayar ortamında değerlendirildi, ortalamalar ve standart sapmalar bu program yardımıyla hesaplandı.

BULGULAR

Toplam 125 hasta (yaş ortalaması 3.16 ± 3.06 yıl) konvülziyon etyolojisi araştırılmak üzere acil servisten ya da poliklinikten yatırılmıştı. En küçük hasta 37 günlük, en büyük hasta ise 16 yaşındaydı. Olguların yaşlara göre dağılımı Tablo 1'de sunulmuştur. Tablodan anlaşılacağı gibi, olguların çoğunluğu 2 yaşın altındaydı (%51), Olguların 77'si erkek (%62), 48'i kızdı (%38). Hastaların etyolojik tanıları ve cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 2'de verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi, her iki cinsiyet grubunda da en sık görülen konvülziyon etyolojisi febril

Tablo 1. Olguların yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş (yıl)	Erkek		Kız		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
>1 ay, <2	37	48.1	27	56.3	64	51.2
>2, <4	15	19.5	10	20.8	25	20.0
>4, <6	9	11.7	7	14.6	16	12.8
>6, <8	8	10.4	1	2.1	9	7.2
>8, <10	5	6.5	1	2.1	6	4.8
>10, <12	2	2.6	1	2.1	3	2.4
>12, <14	0	0.0	1	2.1	1	0.8
>14, <16	1	1.3	0	0.0	1	0.8
Toplam	77	100.0	48	100.0	125	100.0

Tablo 2. Etiyolojik tanılar ve cinsiyetlere göre dağılımı

ETYOLOJİK TANI	Erkek (%)	Kız (%)	Toplam (%)
Febril konvülziyon	31 (40.3)	23 (47.9)	54 (43.2)
Santral sinir sistemi enfeksiyonu	22 (28.6)	9 (18.8)	31 (24.8)
Nedeni belirlenemeyen	10 (13.0)	5 (10.4)	15 (12.0)
Epilepsi	3 (3.9)	1 (2.1)	4 (3.2)
Hipokalsemi	3 (3.9)	0 (0.0)	3 (2.4)
Dejeneratif beyin hastalığı	0 (0.0)	3 (6.3)	3 (2.4)
intoksikasyon	2 (2.6)	1 (2.1)	3 (2.4)
Reye sendromu	0 (0.0)	2 (4.2)	2 (1.6)
Gerçek konvülziyon olmayan	0 (0.0)	2 (4.2)	2 (1.6)
Serebral enfarkt	1 (1.3)	0 (0.0)	1 (0.8)
Subdural efüzyon	1 (1.3)	0 (0.0)	1 (0.8)
Hipernatremi	0 (0.0)	1 (2.1)	1 (0.8)
Hipoglisemi	1 (1.3)	0 (0.0)	1 (0.8)
intrakraniyal kanama	0 (0.0)	1 (2.1)	1 (0.8)
Konjenital anomali	1 (1.3)	0 (0.0)	1 (0.8)
Depo hastalığı	1 (1.3)	0 (0.0)	1 (0.8)
Travma	1 (1.3)	0 (0.0)	1 (0.8)
TOPLAM	77 (100)	48 (100)	125 (100)

Tablo 3. Febril konvülzyon geçiren hastalarda ateş nedenleri

Ateş nedeni	Sayı	Yüzde
Üst solunum yolu enfeksiyonu	25	46.3
Bronkopnömoni	9	16.7
Akut gastroenterit	5	9.3
<i>Otitis media</i>	3	5.6
Kızamık	2	3.7
Derin boyun enfeksiyonu	2	3.7
Üriner sistem enfeksiyonu	2	3.7
Kabakulak	1	1.9
Hepatit A	1	1.9
Sepsis	1	1.9
Saptanamayan	3	5.6
TOPLAM	54	100

konvülzyon idi, bunu santral sinir sistemi enfeksiyonları izliyordu. Febril konvülzyon geçiren hastaların ateş nedenleri arasında üst solunum yolları enfeksiyonu ilk sırada geliyordu. Bunu bronkopnömoni, akut gastroenterit ve otitis media izliyordu (Tablo 3). Santral sinir sistemi enfeksiyonu nedeniyle konvülzyon geçiren 31 olgudan

15'inde (%48) aseptik menenjit veya meningoensefalit düşünülmüş, bunların üçünde etken kabakulak, kızamık ve sitomegalovirus olarak saptanmıştı. Onüçünde ise (%42) pürülan menenjit saptanmış olup, bunlardan sadece birinde beyin omurilik sıvısı kültüründe *N. meningitidis* üretilebilmişti. Diğer olguların beyin omurilik sıvısı kültürlerinde üreme olmazken, subdural efüzyonu da olduğu için, Tablo 3'te bu ad altında geçen olguda *S. pneumoniae* üretilmişti. Bir olguda tüberküloz menenjit saptanmış, iki olguda hastaların daha önce tedavi almış olması ve lomber ponksiyonun travmatik oluşu nedeniyle santral sinir sistemi enfeksiyonu düşünülmüş, ancak türü (pürülan/ aseptik) ayırt edilememiştir.

Konvülzyon nedeniyle yatırılan hastaların ortalama yatış süreleri 6.49 gün \pm 4.25 gün olup 1 saat (yatırıldıktan 1 saat sonra ölen hasta) ile 22 gün arasında değişiyordu.

Hastaların 26'sı (%21) status epileptikusla başvurmuştu. Bunların 17'si (%65) erkek, 9'u (%35) kızdı. Status epileptikus etyolojilerine bakıldığında, 10 (%39) hastada santral sinir sistemi enfeksiyonu; 8 (%31) hastada febril konvülzyon; 2 (%8) olguda ise epilepsi söz

Tablo 4. Lomber ponksiyon yapılan hastalar

	Beyin omurilik sıvısı bulguları						Toplam
	Pozitif		Negatif		Kuşkulu		
Meninks irritasyon bulguları	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<i>Pozitif</i>	17	74	5	22	1	4	23
<i>Negatif</i>	12	15	59	74	9	11	80
<i>Kuşkulu</i>	4	67	2	33	-	-	6
Toplam	33		66		10		109

Tablo 5. ileri tetkik yapılan olgular (n=48) ve ileri tetkiklerin tanıya olan katkısı

Tetkik adı	istenilen hasta		Sonucu alınan		Anormal sonuç		Tanıya katkısı olan		Normal bulunan	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
Bilgisayarlı beyin tomografisi	17	14	16	94	9	56	7	44	7	44
EEG	16	13	7	44	4	57	3	43	3	43
İdrar kan aminoasitleri	16	13	15	94	2	13	0	0	13	87
Toksikolojik testler	12	10	12	100	2	17	1	8	10	83
TORCH	5	4	3	60	2	67	1	33	1	33
Amonyak, laktik/ pirüvik asit	3	2	3	100	1	33	1	33	2	67
Kan gazları	3	2	3	100	3	100	2	67	0	0
Tiroid fonksiyon testleri	3	2	3	100	1	33	0	0	2	67
Manyetik rezonans imgeleme	1	2	1	100	1	100	1	100	0	0
Kranial USG	1	1	1	100	1	100	1	100	0	0
EMG	1	1	1	100	0	0	0	0	1	100
Karaciğer biyopsisi	1	1	1	100	1	100	1	100	0	0

EEG: Elektroensefalografi

TORCH: Toksoplazma, rubella, sitomegalovirus, herpes simpleks virüs ve sifilis

USG: Ultrasonografi

EMG: Elektromiyografi

* Oranlar sonucu alınanlara göre hesaplanmıştır.

Tablo 6. Ölüm nedenleri

Neden	Olgu Sayısı	Yüzde
Sepsis	3	37.5
Santral Sinir Sistemi Enfeksiyonu	2	25.0
Reye Sendromu	2	25.0
intrakraniyal Kanama	1	12.5
TOPLAM	8	100.0

konusuydu. Diğer nedenler arasında intoksikasyon, hipoglisemi, depo hastalığı, Reye sendromu ve nedeni saptanamayan iki olgu yer alıyordu. Nöbet tipi olarak incelendiğinde sırasıyla tonik-klonik 58 (%46), tonik 9 (%7), klonik 9 (%7), miyoklonik 5 (%4), atonik nöbetli dört (%3), gerçek nöbeti olmayan iki (%1.6) ve nöbet türü saptanamayan 38 (%30) olgu bulunuyordu.

Olguların 87'si (%70) ilk kez konvülsiyon geçirmişti. Ondört olgu (%11) ikinci kez; 6 olgu (%5) üçüncü kez; 15 olgu (%12) ise dördüncü ya da daha çok kez konvülsiyon geçiriyordu. Üç olgunun ise daha önce geçirdiği konvülsiyon sayısı bilinmiyordu. Daha önce konvülsiyon geçirdiği belirtilen olgulardan 7'sine daha önce antikonvülsif tedavi başlanmıştı. Başlanmış olan tedavi dört hastada fenobarbital, birer hastada fenitoin ve sodyum valproat iken, bir hastanın ilacı bilinmiyordu. Hastaların hiçbirinin tedaviye uyumu iyi değildi.

Hastaların 109'una (%88) lomber ponksiyon yapılmıştı (postmortem yapılan lomber ponksiyonlar bu sayıya dahil edilmedi). Lomber ponksiyon yapılan hastaların sonuçları ve bunların meninks irritasyon bulguları (ense sertliği, Kernig, Brudzinski, opistotonus) ile ilişkisi Tablo 4'de gösterilmiştir. Meninks irritasyon bulguları negatif olduğu halde lomber ponksiyon sonucu santral sinir sistemi enfeksiyonu ile uyumlu olan 12 olgu dikkat çekiyordu.

Olguların 48'ine (%38) konvülsiyon etyolojisini ortaya koymak için ileri tetkik yapılması gerekmişti. En sık başvuru ileri tetkikler bilgisayarlı beyin tomografisi, EEG ve idrar kan aminoasitleri idi. Yapılan ileri tetkikler ve tanıya katkıları Tablo 5'te verilmiştir. Konvülsiyon nedeniyle yatırılan hastaların 8'i ölmüş; 28'i salah, 89'u ise şifayla taburcu edilmişti. Ölüm nedenleri bütün olgularda altta yatan ciddi hastalıklar olup en sık neden sepsisti (Tablo 6).

TARTIŞMA

Hastalarımızın yaş ortalaması 3.16 yıl \pm 3.06 idi; bu oran Smith ve arkadaşlarının (3) çalışmasında 4.48 yıl \pm 4.75 idi. Olguların çoğunluğu (%51) 2 yaşın altındaydı (Tablo I). Bu bulgu literatürle uyumluydu (1-3) ve Landfish ve arkadaşlarının (11) çalışmasında bu oran %69'u buluyordu. Olguların çoğunun 2 yaşın altında oluşunun nedeni, en sık konvülsiyon nedeni olan febril konvülsiyonun (6-9) ve santral sinir sistemi enfeksiyonlarının (en çok 3-8 ay arası) (12) en çok bu yaş grubunda görülmesi doğuştan metabolik hastalıklar ve santral sinir sistemi

anomalilerinin bu yaşlarda belirti vermesine bağlanabilir. Olguların 77'si erkek (%62), 48'i kızdı (%38), erkek/kız oranı 1.6/1 idi. Febril konvülsiyonlu olgularda erkek/kız oranı 31/23; 1.3/1 idi. Çeşitli yayınlarda verilen oranlar 1.94/1 ile 1.17/1 arasında değişiyordu (9). Güven ve arkadaşları (13) tarafından 1 ay ile 1 yaş arası, santral sinir sistemi enfeksiyonu olmayan 49 çocukta yapılan bir çalışmada erkek/kız oranı 1.9/1 iken, bizim aynı yaş ve hastalık grubuna göre düzenlenmiş 24 olgumuzda bu oran 1/1 idi.

Olgular etyolojilerine göre incelendiğinde (Tablo 2) en sık konvülsiyon nedeninin febril konvülsiyon olduğu görülmektedir (%43). Bu durum klasik bilgilerle uyumludur (14). Olgularımızdan ilk kez konvülsiyon geçiren 87 çocukta bu oran %48 idi. Bu oran Landfish ve arkadaşlarının (11) serisinde %71, Smith ve arkadaşlarının (3) serisinde %64 idi. Bizim serimizde oranın daha düşük olmasının nedeni, büyük olasılıkla diğer iki serinin acil servis çalışması, bizimkinin ise yatan hastalarda yapılmış olması ve bizim serideki santral sinir sistemi enfeksiyonu oranının yüksek oluşudur. Febril konvülsiyonda ateş nedenlerini incelediğimizde (Tablo 3) en sık nedenin %46 ile üst solunum yolları enfeksiyonu olduğu görüldü. Bu oran Smith ve arkadaşlarının (3) serisinde %50, Aygün ve arkadaşlarının (9) serisinde %36, Gruraj (15) ve diğer (6) serilerde %38-40 olup, tüm serilerde en sık görülen nedendi. En sık görülen diğer nedenler sıralama kendi arasında değişmekle birlikte, tüm serilerde (3, 6, 9) otitis media, alt solunum yolları enfeksiyonu ve akut gastroenteritti.

Serimizde ikinci en sık neden olarak ortaya çıkan (Tablo 2) santral sinir sistemi enfeksiyonları oranının (%25) diğer serilerden (3, 6, 9, 11) oldukça yüksek olduğu gözlemlendi. Bu oran yabancı yayınlarda (3, 6, 11) %1-2 arasındayken, yalnız ateşli olguların yer aldığı Aygün ve arkadaşlarının (9) çalışmasında %9 idi. Başka çalışmalarda %4.9 ile %8.9 arası oranlar veriliyordu (9). Bizdeki oranın yüksekliği, serimizin yatan hastalardan oluşması, hastanemizin hizmet verdiği bölgede sosyo-ekonomik durumun düşük olması, menenjitli hastaların geç getirilmesi nedeniyle konvülsiyon sıklığının artması (16) ve en sık bakteriyel menenjit nedeni olan (12) Haemophilus influenzae aşısının ülkemizde rutin aşı programında olmaması gibi nedenlerle açıklanabilir.

Hastaların 109'una (%88) lomber ponksiyon yapılmıştı. Bu oran Aygün ve arkadaşlarında (9) %35, Smith ve arkadaşlarında (3) ise %11'di. Tablo 4'te özetlenen lomber ponksiyon sonuçları incelendiğinde 12 hastada meninks irritasyon bulguları negatif olduğu halde sonuçların santral sinir sistemi enfeksiyonu ile uyumlu olduğu görülmektedir. Bu 12 olgunun 10'u (%83) 2 yaşından küçüktü, diğer ikisi ise 4 yaşındaydı. Dört yaşındaki iki olguda meninks irritasyon bulgusu olmamakla birlikte, birinde bilinç kapalılığı ve sağda Babinski pozitifliği, diğerinde ise konfüzyon vardı. Yine bu 12 olgunun 10'u ilk kez konvülsiyon geçiren hastalardı. Bu olgular içinde daha önce konvülsiyon geçirmiş olanlardan biri 3 aylık olup doğum sonrasında ve yatışından 15 - 20 gün önce 15-20 kez konvülsiyon geçirdiği şeklinde anamnez

verilmişti. Diğer olgu ise 4 yaşında olup 6 aylıkken ve 2 yaşında iki kez febril konvülsiyon geçirmiş ve bilinmeyen süreyle fenobarbital kullanmıştı. Ateşli nöbetle gelen, nörolojik muayenesi normal her hastaya lomber ponksiyon yapılmasının gerekliliği çok tartışmalı bir konu olmakla birlikte, genellikle 2 yaş altındaki çocuklarda meninks irritasyon bulguları negatif bile olsa lomber ponksiyon önerilmektedir (6-8, 10). Çalışmamızın sonuçları da bu görüşü destekler gözükmektedir.

Hastaların 26'sı (%21) status epileptikusla başvurmuştu. Bu oran Smith ve arkadaşlarının (3) çalışmasında %5 idi. Bizdeki oranın yüksekliğinin nedeni, serimizde status epileptikus geçiren en büyük grubu (%39) oluşturan santral sinir sistemi enfeksiyonlarının, diğer serilerden daha fazla oluşu olabilir.

Serimizde üçüncü büyük etyolojik grubu nedeni saptanamayan konvülsiyonlardı (%12). Bu oran Landfish ve arkadaşlarının (11) serisinde %17 idi. Onlardaki oranın yüksek oluşu nedeni olasılıkla çalışmanın acil serviste yapılmış olması nedeniyle olguların ayrıntılı incelenmemiş olmasına bağlıydı. Bizdeki olguların kesin etyolojisinin saptanamamış olmasının nedenleri olarak, hastanın genel durumunun bozukluğu ya da altta yatan ağır hastalıklar nedeniyle yeterince incelenemeden kaybedilmesi; tanı koydurucu tetkiklerin randevularının ileri tarihlere verilmesi nedeniyle hastanın tanısı konulmadan taburcu edilerek ayaktan izlenmesi ve hastanın tetkik ve tedavi süreci tamamlanamadan ailesinin isteği üzerine taburcu edilmesi başta gelmekteydi.

Jeneralize tonik-klonik nöbetlerin çocukluk çağıında en sık rastlanan nöbet tipi olduğu yolundaki klasik bilgiyle (17) uyumlu olarak en sık görülen konvülsiyon tipi tonik-klonik nöbet olarak saptandı (%46).

SONUÇ

Konvülsiyon nedeniyle hastaneye getirilen çocuklar oldukça heterojen bir grubu temsil ederler ve kompleks problemler sergileyebilirler. Çocukluk çağı konvülsiyonları genellikle benign seyirli olmakla birlikte, altta yatabilecek ağır hastalıklar nedeniyle ölümle sonuçlanabilirler. Bu nedenle konvülsiyonla getirilen çocuklar dikkatle incelenmeli ve iki yaşından küçüklerde lomber ponksiyon mutlaka yapılmalıdır. Santral sinir sistemi enfeksiyonlarının çok görüldüğü ülkemizde gerekli tedbirler alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Fuchs S. Seizures. In: Barkin RM, ed. Pediatric emergency medicine: concepts and clinical practice. St. Louis: tvlosby-Year Book, 1992: 923-30.
2. Tsuboi T. Seizures of childhood: a population-based and clinic-based study. Acta Neurol Scand 1986; 110 Suppl: 1-237.
3. Smith RA, Martland T, Lowry MF. Children with seizures presenting to accident and emergency. J Accid Emerg Med 1996; 13: 54-8,
4. Sidenvall R, Forsgren L, Blomquist HK, Heijbel J. A community-based prospective incidence study of epileptic seizures in children. Acta Paediatr 1993; 82: 60-5.
5. Granieri E, Paolino E, Tola MR, Carreras M, Monetti VC, De Bastiani P, et al. Epidemiology of epilepsy in the U.S.L. 34, Coppo, Emilia Romagna. Riv Neurol 1984; 54: 245-64.
6. Del Rey JAG, Paul RI. Seizures, Febrile. In: Barkin RM, ed. Pediatric emergency medicine: concepts and clinical practice. St. Louis: Mosby-Year Book, 1992: 930-2.
7. Gürer YKY Febril konvülsiyon. Yeni Tıp Dergisi 1992; 9: 21-4.
8. Avner JR. Febrile seizures. In: Crain EF, Gershel JC, Gallagher EJ, eds. Clinical manual of emergency pediatrics. New York: McGraw-Hill, 1992: 361-3.
9. Aygün AD, Güvenç H, Koç A, Şükür Ç, Kocabay K. İlk febril konvülsiyon: 169 olgunun değerlendirilmesi. T Klin J Pediatr 1995; 4: 16-9.
10. Provisional Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Febrile Seizures. Practice parameter: the neurodiagnostic evaluation of the child with a first simple febrile seizure. Pediatrics 1996; 97: 769-71.
11. Landfish N, Gieron Korthals M, Weibley RE, Panzarino V. New onset childhood seizures. Emergency department experience. J Fla Med Assoc 1992; 79: 697-700.
12. Barkin RM. Meningitis, Bacterial. In: Pediatric emergency medicine: concepts and clinical practice. St. Louis: Mosby-Year Book, 1992: 912-9.
13. Güven F, Sarper N, Yılmaz Y, Amaç A. 1991 yılında Zeynep Kamil Hastanesi süt çocuğu servisinde konvülsiyon nedeniyle izlenen olguların analizi. I.Ü. İstanbul Tıp Fak. Ve Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı, 10. Kuruluş yılı, Çocuk Nörolojisi Günleri. Bildiri; 1992.
14. Freeman JM, Vining EP. Febrile seizures: a decision-making analysis. Am Fam Physician 1995; 52: 1401-10.
15. Gruraj VJ. Febrile seizures. Clin Pediatr 1980; 19: 731.
16. Kilpi T, Anttila M, Kalio MJ, Peltola H. Severity of childhood meningitis and duration of illness before diagnosis. Lancet 1991; 338: 406-9.
17. Korinthenberg R. Grand mal epilepsy in childhood. Monatsschr Kinderheilkd 1992; 140: 614-8.