

STATUS EPİLEPKİTUS VE NÖBET

Dr. Sabiha Şahin

Tanım

Status Epileptikus (SE) 30 dakikadan uzun süren nöbet veya aralarında bilinçte tam düzelme olmaksızın 10 dakika üzeri tekrarlayan nöbet aktivitesi olarak tanımlanmaktadır

Çocuklarda Status Epileptikus Nedenleri

- Ateş/enfeksiyon
- İlaç değişikliği
- Metabolik
- Konjenital
- Anoksi
- SSS enfeksiyonu
- Travma
- Serebrovasküler
- İlaç/entoksikasyon
- Tümör
- Bilinmeyen

Tedavi

Status epileptikus ilk dönem (< 30dk) tedavisi

0-5 dk

1. ABC yaklaşımı

   Hava yolu değerlendirilir ve pozisyon (aspirasyon, manevralar) verilir.

   %100 oksijen başlanır

   Solunum değerlendirilir, ventilasyonu sağlanır

   Dolaşımı değerlendirilir, damar yolunu açılır, gerekirse sıvı ve inotropik destek sağlanır, laboratuvar için kan örneklerini alınır.
2. Hasta monitorize edilir (kalp hızı, solunum, kan basıncı, oksijen saturasyonu)
3. Kan şekeri kontrolü yapılır, hipoglisemi (<40 mg/dl) saptanırsa %10 Dextroz 5-10 ml/kg uygulanır

4. Antikonvulzan ilaç uygulanır
   Diazepam 0.3 mg/kg (5yaş üstü max 10 mg, 5 yaş altı max 5 mg), 1 dakikanın üzerinde bir sürede IV, damar yolu açılamıyorsa 0.5 mg/kg rektal doz)
   Lorezepam 0.1 mg/kg (son doz 5 mg), dakikanın üzerinde bir sürede IV
5. Gerekli ise antipiretik verilir

5-10 dk

1. Benzodiazepini ikinci kez tekrarla (Solunum arresti için gereken önlemleri al)
2. Fenitoin İV: 15-20 mg/kg/doz
   – Bir dozda verilebilecek en fazla miktar: 1000mg aşmamalıdır
   – Veriliş hızı en çok 1-2 mg/kg/dk veya 50mg/dk olabilir
   – Gerekiyorsa 5-10 mg/kg ek doz infüzyon (ölçülebiliyorsa infüzyon tamamlandıktan 15 dakika sonra kan düzeyi bakılarak) yapılabilir

   veya
   Na Valproat IV: 20 -30 mg/kg/doz
   – Bir dozda verilebilecek en fazla miktar: 3000mg aşmamalıdır
   – verilişi en kısa 30 dakikada olabilir

   veya
   Levatirasetam IV: 30 – 60 mg /kg/doz
   – Bir dozda verilebilecek en fazla miktar: 4500mg aşmamalıdır
   – Veriliş hızı en çok 3-5 mg/kg/dk olabilir
3. Hasta yaşı <2 yaş ise piridoksin 100 mg IV puşe

10-30dk

1. Midazolam infüzyonu, yoğun bakıma transfer
2. EEG monitorizasyonu, barbitürat

Kaynaklar

1. Riviello JJ, Holmes GL. The treatment of status epilepticus. Seminars in Pediatric Neurology 2004;11:129-138.
2. Abend NS, Dluges DJ. Treatment of Refractory Status Epilepticus: Literature Review and a Proposed Protocol. Pediatr N 2008; 38: 377-390.
3. Goldstein J. Status Epilepticus in the Pediatric Emergency Department. Clin Ped Emerg Med 2008; 9: 96-100.
4. Yıldızdaş D. Status Epileptikus. Editörler: Karaböcüoğlu M, Köroğlu TF. Çocuk Yoğun Bakım Esaslar ve Uygulamalar. 1 Baskı İstanbul Medikal Yayıncılık, 2008 s 537-544
5. Çocuk Acil Tıp Kapsamlı ve Kolay Yaklaşım. 2012,. İstanbul Tıp Kitabevi, Metin Karaböcüoğlu, Hayri Levent Yılmaz, Murat Duman ss:213-223
6. Glauser T, Shinnar S, Gloss D, Alldredge B, Arya R, Bainbridge J.et al. American Epilepsy Society Guideline Evidence-Based Guideline: Treatment of Convulsive Status Epilepticus in Children and Adults: Report of the Guideline Committee of the American Epilepsy Society. Epilepsy Currents, 2016;16(1): 48–61.
7. Kurz JE, Goldstein J. Status epilepticus in the Pediatric emergency department, Clin Pediatr Emerg Med. 2015;16:37-47.
8. Brophy G M, Bell R, Claassen J, Alldredge B, Bleck T P, et al. Neurocritical Care Society Status Epilepticus Guideline Writing Committee. Guidelines for the Evaluation and Management of Status Epilepticus, Neurocrit Care 2012; 17(1):3-23. Doi: 10.1007/s12028-012-9695-z