

Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları ile pratisyen hekimlerin ateşli havale hakkındaki görüş ve uygulamaları

Sevgi Keleş¹, Haluk Yavuz¹, Said Bodur²

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi ¹Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ve ²Halk Sağlığı Anabilim Dalları, Konya

Amaç: Ateşli havale (AH), çocukluk çağının sık görülen, iyi huylu ve ateşle ortaya çıkan bir havale türüdür. AH'si olan bir çocuk değişik hekimlik dallarına mensup hekimler tarafından görülebilir. Çalışmada AH ile sık karşılaşan çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları ile pratisyenlerin hastalık hakkındaki görüş ve uygulamalarının değerlendirilmesi amaçlandı. **Yöntem:** Çoğunluğu Konya'dan olmakla birlikte muhtelif illerden 100 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı ile 100 pratisyen çalışmaya dahil edildi. Uzman ve pratisyenler için ayrı anket hazırlandı. Anketler yüz yüze görüşülerek hekimlerce dolduruldu. **Bulgular:** Uzmanların % 62.1'i ve pratisyenlerin % 51.6'sı AH denilebilmesi için ateşin en az 38.0 °C olması gerektiğini belirtti. Uzmanların çoğu ateşli havalede üst yaş sınırını 6, pratisyenlerin çoğunluğu ise 5 yaş olarak kabul etmekteydi. Uzmanların % 60.0'nin biyokimya, EEG, görüntüleme çalışması gibi tetkikler istediği ve sadece % 13.0'ünün LP gerekçelerini tam olarak bildiği tespit edildi. Pratisyenlerin çoğunluğu AH'yi sevk ettiğini ve % 41.1'i AH'de BOS incelemesinin gerekli olduğunu belirtti. **Sonuç:** Hem çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları hem de pratisyenlerin AH ile ilgili bilgilerinde güncellenmesi gereken hususlar vardır. Hizmet içi ve sürekli eğitim bu konuda yararlı olabilir.

Anahtar kelimeler: Ateşli havale, uzman, pratisyen, çocuk

The management and the knowledge of pediatricists and general practitioners concerning febrile seizures

Objective: Febrile seizures (FS) are a kind of seizures, benign, age related, commonly appearing during childhood, along with fever. A child with FS can be followed-up by physicians from different medical branches. In our study, we targeted to evaluate the thoughts of pediatricists and general practitioners (GPs) frequently encountering these children with FS. **Methods:** In the study, two different questionnaires were prepared for pediatricists and GPs, respectively. One hundred pediatricists and 100 GPs were included into the study. **Results:** As upper age limit in FS, pediatricists accepted six, but GPs accepted five. Of all the participants, 62.1% of the pediatricists and 51.6% of the GPs expressed that minimum body temperature should be at least 38.0 °C to be called febrile seizure. According to most of pediatricists, the upper age limit in FS was six; however, GPs' opinion, the same level in FS was five years. It was determined that 60.0% of the pediatricists ordered such tests as biochemistry, electroencephalography (EEG) and neuroimaging study, while most of the GPs referred patient to higher health centers. Only 13.0% participant pediatricists expressed the whole lumbar puncture (LP) criteria accepted today in the children with fever and seizures. However, 41.1% of the GPs announced cerebrospinal fluid investigation to be necessary in FS. **Conclusion:** It was suggested that postgradual education towards these physicians having the probability of frequently encountering FS patients and giving priorities to this issue more in medical schools will be useful.

Key words: Febrile seizures, pediatricist, general practitioner, child

Genel Tıp Derg 2006;16(4): 169-174

Ateş ve havale, çocukluk çağında sık rastlanan

hastalık belirtilerindedir. İkisinin bir arada olması çoğunlukla ateşli havale (AH) denilen özel bir durumu ifade eder. AH, çocukluk çağında en sık görülen havale türüdür (1-3). Çocukların % 2-10 kadarında görülmekte olup sıklığı ülkelere göre değişmektedir (4,5). Ateşli havale, yenidoğan

Yazışma Adresi: Dr. Sevgi Keleş, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Konya

e-posta: drsevgikeles@yahoo.com

döneminde havale geçirmemiş veya önceden sebepsiz havalesi olmamış, bir aylıktan büyük çocuklarda, ateşle birlikte görülen, MSS enfeksiyonu ile ilgili olmayan ve diğer havale yapıcı sebeplerin de bulunmadığı havale türüdür (6).

Nöbetlerin tekrarlama ihtimalinin olması, bu çocukların bir kısmında ileride sara ortaya çıkabilmesi AH'nin önemini artıran hususlardır. AH'si olan çocuklar, başta çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları ile pratisyen hekimler olmak üzere, değişik hekimlik dallarına mensup hekimler tarafından görülmektedir. Bu durum teşhis, tedavi ve takip açısından farklılıklara yol açabilir.

Bu çalışma, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları ile pratisyen hekimlerin ateşli havale hakkındaki görüş ve uygulamalarını tespit etmek amacıyla yapıldı.

Yöntem

Çalışma kapsamına 100 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı ile 100 pratisyen hekim alındı. Uzmanların önemli bir kısmı Konya'dan olmakla birlikte muhtelif illerdendi. Pratisyenlerin tümü Konya'dan katılıyordu. Araştırmada uzman ve pratisyen hekimlere yönelik iki ayrı anket hazırlandı. Anketler yüz yüze görüşülerek hekimlerin kendilerine doldurtuldu. Yalnız 6 uzmanın anketi elektronik mektup ile uygulandı.

Uzmanlar için hazırlanan anket üç bölümdü. İlk dört soru demografik bilgiler, sonraki sekiz soru hekimlerin AH ile ilgili görüşleri ve son yedi soru uygulamalar ile ilgiliydi. AH'de tetkikler ve LP gerekçeleri ile ilgili sorularda birden fazla seçeneğin işaretlenebileceği belirtildi. Pratisyen hekimler için hazırlanan anket soruları da üç bölümden oluşuyordu. Birinci ve ikinci bölümün soruları uzmanlarınkine benzerken, üçüncü bölüm pratisyenlerin genel yaklaşımını belirlemek üzere değiştirildi. Cevapların oransal dağılımının iki grup arasındaki karşılaştırmasında Pearson ki-kare, Yates düzeltmeli ki-kare ve Fisher'in kesin ki-kare testleri kullanıldı ve $P<0.05$ olması anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya katılan hekimlerin özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Uzmanlar en sık rastladıkları AH sebeplerini sıklık sırasına göre % 61.0 oranında üst

solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE), % 32 orta kulak iltihabı (AOM) ve % 14 akut gastroenterit (AGE),

Tablo 1. Çalışmaya katılan uzman ve pratisyen hekimlerin bazı özellikleri

	Uzman (sayı=100)	Pratisyen (sayı=100)
Yaş, yıl (ort±SS)	39.4±6.2	32.4±4.7
Cinsiyet (E/K)	65/34	52/48
Bulunulan il		
Konya	39	100
İzmir	17	0
Antalya	15	0
Nevşehir	14	0
Hatay	6	0
İstanbul	3	0
Kütahya	3	0
Ankara	1	0
Trabzon	1	0
Kahramanmaraş	1	0
Çalıştığı kurum		
Devlet hastanesi	67	12
SSK hastanesi	15	4
Özel poliklinik	11	2
Sağlık ocağı	0	74
Diğer	7	8
Çalışma süresi *		
10 yıldan az	63	77
10 yıldan fazla	35	23

SS: Standart sapma. SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu. * İki uzman çalışma süresini belirtmedi.

pratisyen hekimler ise % 85.2 oranında ÜSYE, % 30.6 alt solunum yolu enfeksiyonu (ASYE) ve % 6.8 idrar yolu enfeksiyonu (İYE) olarak belirtmişti. ÜSYE'yi bildirme oranları arasındaki fark önemliydi (Ki-kare=11.50, $P=0.001$).

AH'de üst yaş sınırı olarak çoğunlukla uzmanlar 6 yaşı, pratisyenler 5 yaşı kabul ediyordu ($P=0.000$). Alt yaş sınırında ise uzmanların çoğu 3-6 ay arasını belirtirken pratisyenlerin çoğu bu aylar dışındaki yaşlarda kümelenmişlerdi ($P=0.000$) (Tablo 2).

Araştırmaya katılan uzmanların % 62.1'i, pratisyen hekimlerin % 51.6'sı AH denilebilmesi için ateşin en az 38.0°C olması gerektiğini bildirdi. AH'de irsi geçişin multifaktöriyel olduğu vurgulandı (uzmanlar % 83, pratisyenler % 41.3). Uzmanlar AH'nin en sık

ilk 1 yaşta, pratisyen hekimler ise 2. yaşta görüldüğünü ifade etti (% 48.0 ve % 46.1). AH'nin erkeklerde daha fazla görüldüğü (uzmanlarda %

Tablo 2. Uzman ve pratisyen hekimlerin AH ile ilgili görüşleri (%)

	Uzman (sayı=99)	Pratisyen (sayı=85)
AH'de üst yaş sınırı		
6 yaş	48.4	17.6 ^a
5 yaş	34.3	47.0
Diğer	17.1	35.2
AH'de alt yaş sınırı		
3 ay	15.1	7.0
5 ay	16.1	12.9
6 ay	47.4	16.4
Diğer	21.1	63.3 ^b
AH'de vücut sıcaklığı		
37.5°C	8.4	4.4
38.0°C	62.1	51.6
38.5°C	14.7	26.9
39.0°C	14.7	16.8
AH'de genetik geçişin rolü		
Çok hususlu	83.0	41.3
Rolü yok	7.0	20.6
OD	1.0	3.2
OR	3.0	2.1
Fikrim yok	6.0	32.6 ^c
AH'de cinsiyetin rolü		
Erkeklerde fazla	66.0	46.0 ^d
Kızlarda fazla	7.0	7.8
Rolü yok	18.0	28.0
Fikrim yok	9.0	17.9
İlk AH'nin en çok görüldüğü yaş		
İlk 1 yaş	48.0	31.8
2. yaş	42.0	46.1
3. yaş	8.0	20.8 ^e
4. yaş	2.0	1.0
AH'de nöbet süresi		
15 dakikadan kısa	98.0	94.3
15 dakikadan uzun	2.0	5.7

^a: Uzmanlara göre χ^2 : 20.42, P=0.000.

^b: Pratisyenlere göre χ^2 : 21.0, P=0.000

^c: Uzmanlara göre χ^2 : 39.20, P=0.000.

^d: Uzmanlara göre χ^2 : 8.32, P=0.040

^e: Uzmanlara göre χ^2 : 9.09, P=0.028

OD: Otozomal dominant

OR: Otozomal resesif

66.0, pratisyenlerde % 46.0), nöbetlerin çoğunlukla 15 dakikadan kısa sürdüğü (uzmanlarda % 98.0, pratisyenlerde % 94.3) belirtildi (Tablo 2).

Tablo 3. Uzman ve Pratisyen hekimlerin AH'de laboratuvar ve BOS incelemesi konusundaki tutumları (işaretleyen kişi sayısı)

AH'de laboratuvar incelemesi*	Uzman sayısı=100	Pratisyen sayısı=92
Tetkike gerek yok	40	16
Sevk ederim	4	67
Biyokimyasal tetkik gerekir	54	5
Görüntüleme gerekir	15	0
EEG gerekir	26	3
AH'de BOS incelemesi	Uzman sayısı=100	
Uzmanların gerekçeleri*		
1 yaşından küçükse	52	
Sürekli dalgınlık varsa	69	
Antibiyotik tedavisi alıyorsa	36	
Menenjit bulguları varsa	86	
İlk karışık AH'de	37	
Diğer	9	
Pratisyenlerin seçenekleri (%)	Pratisyen sayısı=90	
BOS incelemesi gerekir	41.1	
BOS incelemesi gerekmez	38.8	
Fikrim yok	12.2	
Diğer	7.7	

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir

AH'de uzmanların çoğunluğunun biyokimya, EEG, görüntüleme çalışması gibi tetkikler istediği, pratisyenlerin çoğunluğunun (% 73.9) hastayı sevk ettiği tespit edildi. Uzmanlar en yüksek oranda menenjit bulgularının varlığında, BOS incelemesi yapılması gerektiğini belirtti. Uzmanların sadece % 13'ü, ateş ve havalesi olan çocuklarda günümüzde kabul edilen lomber ponkiyon (LP) gerekçelerinin bildirdi. Uzmanların önemli bir kısmı BOS incelemesinin gerekli olduğu durumları çocukta menenjit bulgularının varlığı, sürekli dalgın olması ve bir yaşından küçük olması (3 seçenek) olarak işaretledi. Pratisyen hekimlerin % 41.1'i AH'de BOS incelemesinin yapılması gerektiğini, % 38.8'i ise gerek olmadığını belirtti (Tablo 3).

Hekimlerin AH'de tedavi konusundaki cevapları Tablo 4'de görülmektedir. Uzmanların % 57.8'i ve pratisyen hekimlerin % 85.0'i AH'de tekrarı önlemede, aileyi bilgilendirmenin ve ateşin düşürülmesi konusunda eğitmenin yeterli olduğunu

belirtti. Uzmanların % 59'u, sürekli ilaç kullanmayı tavsiye ettiğini belirtti. İlaçla tedavi edenlerin çoğunluğu (% 60) fenobarbitali tercih ediyordu. Pratisyen hekimler arasında koruyucu tedaviye gerek

Tablo 4. Uzman ve pratisyen hekimlerin AH tedavisi konusundaki tutumları

	Uzman sayı=95	Pratisyen sayı=20
AH'de tekrarı önlemede uygulamalar		
Ateşin düşürülmesi konusunda aile eğitimi	57,8	85.0
Makattan Diazepam (MD)	12.6	0.0
Aile eğitimi ve MD	21.0	10.0
Diğer	8.4	5.0
AH'de sürekli ilaç kullanımında ilk tercih		
Uzmanların seçenekleri	sayı=55	
Fenobarbital	60.0	
Valporik asit	18.1	
Karbamazepin	3.6	
Difenilhidantoin	0.0	
Diğer	18.1	
Pratisyenlerin seçenekleri		sayı=21
Uzun süreli koruyucu tedavi gerekir		42.5
Uzun süreli koruyucu tedavi gerekmez		44.6
Fikrim yok		12.7
AH'de sürekli ilaç kullanma süresi	sayı=54	
Yaşına bakmaksızın son nöbetten sonra 2 yıl	77.7	
Yaşına bakmaksızın son nöbetten sonra 3-4 yıl	14.8	
5-6 yaşına kadar	7.4	
7-8 yaşına kadar	0.0	
AH'den sonra sara ihtimali	sayı=98	
Sara riski normalden farklı değil	1.0	
Sara riski normalden yüksek	45.9	
Fikrim yok	45.9	
Diğer	7.1	

olduğunu (% 44.6) ve gerek olmadığını (% 42.5) ifade edenlerin oranları birbirine yakındı.

AH'de sürekli ilaç kullanma süresi ile ilgili uygulamalar, sadece uzmanlara soruldu. AH'de tetkik isteme konusunda, uzmanların tutumunu öğrenmek için sorulan soruya "sevk ederim" diyenlerin (4 kişi) ve "sürekli tedavi uygulamasında ilk tercihiniz" sorusuna "sürekli ilaç kullanmayı tavsiye etmem" cevabını verenlerin (41 kişi), cevapları değerlendirmeye alınmadı. Çalışmaya katılan uzmanların çoğunluğu (% 77.7), sürekli ilaç

tedavisinin çocuğun yaşına bakılmaksızın son nöbetten sonra 2 yıl devam edilmesi gerektiğini belirtti. Uzmanların, AH'den sonra sara gelişme ihtimalinin normalden yüksek olduğu cevabı ile bu konuda fikirlerinin olmadığını belirtme oranları aynıydı (% 45.9).

Tartışma

Ateşli havale ile ilgili görüş ve uygulamalardaki farklılıkların öncelikle ele alınabilir bir sebebi, konuyla ilgili fikir birliğinin bulunmaması olabilir. Amerikan Sağlık Enstitüsü (7) 1980'de AH'yi "ekseri 3 ay-5 yaş arası çocuklarda ateşle birlikte görülen havaleler" olarak tarif ederken, Uluslararası Sara ile Savaş Derneği (6) 1993'de bu tanımı "1 ayın üstündeki çocuklarda görülen, ateşli hastalıkla ilişkili havaleler" olarak kabul etmiştir. Bu, AH için üst yaş sınırının olmadığı anlamına gelmektedir (8). AH'de alt yaş sınırının 1 ay sonuna indirilmesi ve üst yaş sınırının olmadığı ifade edilmesi son yıllara ait bir görüştür (8,9). Henüz herkes tarafından kabul edildiği de söylenemez. Klasik kitaplar da ekseri alt ve üst yaş sınırını bildirmektedir (10-12). Bu bakımdan hekimlerin üst yaş sınırını belirtmeleri şartıdır değildir.

AH denilebilmesi için ateşin en düşük derecesi hakkında da 37.5-38.5 °C gibi değişik dereceler bildirilmektedir (10,11,13). AH'nin sebepleri, irsiyetle ilişkisi, görüldüğü yaş grubu ile ilgili cevaplar bilinenlerle uyumludur (14-17).

Ateşi olan ve havale geçirmiş bir hasta ile karşılaşıldığında en büyük kaygı, hastada menenjit veya ensefalit olma ihtimalidir (10). Ateş ve havale ile başvuran çocukların % 2-5'inde havalenin sebebinin menenjit olduğu tespit edilmiştir (18). Amerikan Pediatri Akademisi, BOS incelemesini gerekli gördüğü durumları şu şekilde özetlemiştir: a) 12 ay altındaki çocuklarda menenjit bulguları belirsiz olabileceği için ilk AH'de LP yapılmalıdır, b) 12 ile 18 ay arası çocuklarda da aynı sebepten dolayı LP düşünülmelidir, c) 18 aydan daha büyük çocuklarda hikaye ve muayene sonuçları MSS enfeksiyonunu düşündürüyorsa LP yapılmalıdır (4). Ayrıca ilk karışık AH'de, havale sonrası dalgalılığı devam eden hastalarda da LP yapılması gerektiği bildirilmiştir (13). Daha önceden antibiyotik tedavisi alan çocuklarda tedavinin, menenjitin işaret ve bulgularını maskeleyebileceği unutulmamalıdır. Bu durumda da

LP düşünülmalıdır (4,19). MSS enfeksiyonlarına bağlı ateş ve havale sonrasında hasta tamamen normale dönmez (20). AH'de ise hasta nöbetler arasında genellikle normaldir. AH'ler genelde ateşin yükseldiği ilk günlerde ortaya çıktığı için ateş uzun süre devam etmiş, havale daha sonra ortaya çıkmışsa da, LP yapılması gerekir (21). AH düşünülen ve LP'ye gerek duyulmayan çocuklarda, menenjit bulgularının daha sonra ortaya çıkabileceği de unutulmamalıdır. Bundan dolayı hastaların yakından takibi gerekir (18). Çalışmaya katılan uzmanların sadece % 13'ünün ateş ve havalesi olan çocuklarda günümüzde kabul edilen LP gerekçelerinin hepsini bildirmesi bu çalışmanın en önemli sonuçlarından birisidir. LP gerekçelerinin hepsinin kabul edilmemesi, menenjit gibi ciddi MSS enfeksiyonlarının tespit edilme ihtimalini azaltacak, bu ise hastaya zarar verebilecektir.

Havale geçiren çocuklarda metabolik ve radyolojik incelemeler, EEG gerekebilir. Fakat AH bu konuda istisna teşkil eder. Elektrolit, glikoz gibi metabolik parametrelerin (22-24) tam kan sayımının (25), görüntüleme yöntemlerinin (26-28), EEG'nin (29,30) AH'de gerekmediği bildirilmiştir. Bu çalışmada hekimlerin bu tetkikleri önemli oranda istedikleri tespit edilmiştir. Halbuki bunlar can yakan, masrafi artıran, gereksiz işlemler olarak kabul edilmektedir.

AH'de kısa ve uzun dönem seyir iyi, kalıcı hasar oranı çok düşüktür (10). AH geçiren bir hastanın ileride karşılaşacağı başlıca meseleler nöbetlerin nüksmesi ve saradır. Nöbetlerin nüksünü önlemek için verilecek ilaç tedavisi konusunda fikir birliğinin olduğu söylenemez. AH'de koruyucu tedavi verilmemesini savunanların gerekçesi, basit AH'nin zararlı olmaması olarak düşünülebilir. Bu sebeple günümüzde bazı hekimler aralıklı ya da sürekli tedavinin yararları ve zararını dikkate alarak, basit AH'si olan hastalar için aralıklı veya uzun süreli tedaviyi tavsiye etmemektedir (31,32). Basit AH'de ateşin sebebinin tedavisinin, ailenin bilgilendirilmesinin ve kaygısının giderilmesinin çoğu kez yeterli olacağı belirtilmektedir (33). Fakat bu görüşe katılmayan, koruyucu tedaviyi tavsiye eden yazarlar da vardır (34,35). Koruyucu tedavi konusundaki görüş farklılığı bu çalışmada da dikkati çekmiştir.

AH geçiren çocukların ailesinde panik derecesinde aşırı korku, sıkıntı gelişmesi ile ateşin havaleden

sonra fark edilmesi uzun süreli tedaviyi gerektirebilir (31). Bu tedavinin son nöbetten sonra en az 1-2 yıl sürdürülmesi ve sonra azaltılarak 1-2 ay içinde kesilmesi tavsiye edilir (36). Uzun süreli koruyucu tedavi için kullanılan başlıca ilaç fenobarbitaldir (32). Pediatristlerin görüşleri bu konudaki bilgilere çoğunlukla uymaktadır. Fenobarbital ile tedavinin zeka bölümünü azaltabileceğinin belirtilmesi (37,38) uzatılmış tedavi tercih edildiğinde istenmeyen neticeler çıkabileceğini düşündürmüştür.

Sonuç olarak, AH ile en çok karşılaşan hekimler olan çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları ile pratisyen hekimlerin hastalık ile ilgili bilgi ve uygulamaları günümüz bilgilerine büyük ölçüde uymaktadır. Fakat hekimlerin AH yaşı için üst sınır takdir etmeleri, gereksiz tetkik isteme oranının yüksekliği, uzmanların LP gerekçelerini eksik bildirmeleri ve fenobarbital tedavisini uzun sürdürmeleri, pratisyenlerin ise LP'ye gerek duymaları ve AH'nin çoğunu sevk etmeleri, pratisyenlerde daha fazla olmak üzere her iki grupta bilgi güncelleme gereğini ortaya koymaktadır. AH ile en fazla karşılaşma ihtimali olan hekim gruplarının bu konuda sürekli eğitimle desteklenmesinin yararlı olacağı düşünülmüştür.

Kaynaklar

1. Kalaycı AG, Alp H, Akdağ R, Altınkaynak S, Energin M. 0-12 yaş grubu çocuklarda konvulsiyonların etyolojik dağılımı. OMÜ Tıp Derg 1992;9:245-9.
2. Landfish N, Gieron-Korthals M, Weibley RE, Panzarino V. New onset childhood seizures. Emergency department experience. J Fla Med Assoc 1992;79:697-700.
3. Nagele P, Kroesen G. Pediatric emergencies. An epidemiologic study of mobile care units in Innsbruck. Anaesthesist 2000;49:725-31.
4. American Academy of Pediatrics: 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;97:769-75.
5. Tsuboi T. Epidemiology of febrile and afebrile convulsions in children in Japan. Neurology 1984;34:175-81.
6. Commission on Epidemiology and Prognosis. International League Against Epilepsy: Guidelines for epidemiologic studies on epilepsy. Epilepsia 1993;34:592-6.
7. National Institutes of Health Consensus Statement. Febrile seizures. Pediatrics 1980;66:1009-112.
8. Webb DW, Jones RR, Manzur AY, Farrell K. Retrospective study of late febrile seizures. Pediatr Neurol 1999;20:270-3.
9. Daoud A. Febrile convulsion: Review and update. J Pediatr Neurol 2004;2:9-14.

10. Fishman MA. Febrile Seizures. In: Oski's Pediatrics Principles and Practice, McMillan JA., DeAngelis CD, Feigin RD, Warshaw JB. USA: Lippincott Williams&Wilkins; 1999. p.1949-52.
11. Menkes JH, Sankar R. Paroxysmal disorders, specific seizure types; febrile seizures. In: Menkes JH., Sarnat HB. Child neurology. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2000. p.987-91.
12. Apak S. Febril konvulziyonlar. İçinde: Neyzi O, Ertuğrul T. Pediatri 2. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2002. c.2; s.1348-9.
13. Shinnar S. Febrile seizures. In: Swainman KF, Ashwal S. Pediatric neurology principles and practice. St Louis: Mosby Comp;1999. p.676-81.
14. Trainor JL, Hampers LC, Krug SE, Listernick R. Children with first-time simple febrile seizures are at low risk of serious bacterial illness. Acad Emerg Med 2001;8:781-7.
15. Camfield P, Camfield C, Kurlemann G. Febrile seizures. In: Roger J, Bureau M, Dravet CH, Genton P, Tassinari CA, Wolf P. Epileptic Syndromes in Infancy, Childhood and Adolescence. Münster: John Libbey Company; 2002. p.145-52.
16. Calderon-Gonzalez R, Vallejo-Moreno D, Carrera-Sandoval JP, Sevilla-Castillo R, de la Pena-Saucedo F. Febrile convulsion: A clinical study of 303 patients. Bol Med Hosp Infant Mex 1990;47:7-13.
17. Camfield CS, Camfield PR. Febrile seizures. Epilepsia 2003;44:796-9.
18. Rosman NP. Evaluation of the child who convulses with fever. Paediatr Drugs 2003;5:457-61.
19. Duffner PK, Baumann RJ. A synopsis of the American Academy of Pediatrics practice parameters on the evaluation and treatment of children with febrile seizures. Pediatr Rev 1999;20:285-7.
20. Green SM, Rothrock SG, Clem KJ, Zurcher RF, Mellick L. Can seizures be the sole manifestation of meningitis in febrile children? Pediatrics 1993;92:527-34.
21. Topcu M. Febril konvulsiyonlar. Katkı Pediatri Derg 1994;6:458-63.
22. van Stuijvenberg M, van Gijssel EN, Steyerberg EW, Moons KG, Derksen-Lubsen G, Moll HA. Seizures associated with fever: Clinical data as predictors for normal biochemical blood levels. Eur J Pediatr 1998;157:592-8.
23. Kenney RD, Taylor JA. Absence of serum chemistry abnormalities in pediatric patients presenting with seizures. Pediatr Emerg Care 1992;8:65-6.
24. Rutter N, Smales OR. Calcium, magnesium and glucose levels in blood and CSF of children with febrile convulsions. Arch Dis Child 1976;51:141-3.
25. van Stuijvenberg M, Moll HA, Steyerberg EW, van Gijssel EN, Moons KG, Derksen-Lubsen G. The duration of febrile seizures and peripheral leukocytosis. J Pediatr 1998;133:557-8.
26. Depiero AD, Teach SJ. Febrile seizures. Pediatr Emerg Care 2001;17:384-7.
27. Sapir D, Leitner Y, Harel S, Kramer U. Unprovoked seizures after complex febrile convulsions. Brain Dev 2000;22:484-6.
28. Tarkka R, Paakko E, Pyhtinen J, Uhari M, Rantala H. Febrile seizures and mesial temporal sclerosis: No association in a long-term follow up study. Neurology 2003;60:215-8.
29. Annegers JF, Blakley SA, Hauser WA, Kurland LT. Recurrence of febrile convulsions in a population-based cohort. Epilepsy Res 1990;5:209-16.
30. Kuturec M, Emoto SE, Sofijanov N, Dukovski M, Duma F, Ellenberg JH, et al. Febrile seizures: Is the EEG a useful predictor of recurrences? Clin Pediatr 1997;36:31-6.
31. Guerreiro MM. Treatment of febrile seizures. J Pediatr 2002;78:9-13.
32. Baumann RJ, Duffner PK. Treatment of children with simple febrile seizures: The AAP practice parameter. Pediatr Neurol 2000;23:11-7.
33. American Academy of Pediatrics. Practice parameter: Long term treatment of the child with simple febrile seizures. Pediatrics 1999;103:1307-9.
34. Knudsen FU. Febrile seizures: Treatment and prognosis. Epilepsia 2000;41:2-9.
35. Johnson MV. Febrile Convulsions. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson Textbook of Pediatrics. Philadelphia: WB Saunders Company; 2004. p.1994.
36. Uran N, Mengucuk O, Gulez P. Febril konvulziyonlu olguların retrospektif değerlendirilmesi. T Klin Pediatri 1997;6:108-13.
37. Farwell JR, Lee YJ, Hirtz DG, Sulzbacher SI, Ellenberg JH, Nelson KB. Phenobarbital for febrile seizures. Effects on intelligence and on seizure recurrence. N Engl J Med 1990;322:364-9.
38. Sulzbacher S, Farwell JR, Temkin N, Lu AS, Hirtz DG. Late cognitive effects of early treatment with phenobarbital. Clin Pediatr 1999;38:387-94.