

SMJERNICE HRVATSKOG DRUŠTVA ZA DJEČJU NEUROLOGIJU ZA DIJAGNOSTIKU I TERAPIJU FEBRILNIH KONVULZIJA

LJERKA CVITANOVIĆ-ŠOJAT¹, ROMANA GJERGJA JURAŠKI², IGOR PRPIĆ³, NINA BARIŠIĆ⁴
Radna skupina Hrvatskog društva za dječju neurologiju za izradu smjernica za febrilne konvulzije

Febrilne konvulzije prigodni su cerebralni napadaji koji se dogode u 2-5% djece u dobi od 6-60 mjeseci. Unatoč napretku u razumijevanju febrilnih konvulzija i razvoju smjernica i dalje su prisutne varijacije u njihovoj interpretaciji, odnosno evaluaciji i liječenju djece s febrilnim konvulzijama u Republici Hrvatskoj. Stoga je Hrvatsko društvo za dječju neurologiju izradilo smjernice za racionalnu dijagnostiku i terapiju febrilnih konvulzija, koje trebaju biti izvedive u svim bolničkim ustanovama u Republici Hrvatskoj. Svrha smjernica je pomoć pri donošenju odluka za racionalnu dijagnostiku i terapiju i one nisu jedini mogući protokol za sve bolesnike s ovim poremećajem. Dodatni specifični cilj je i istaknuti medicinski utemeljene dokaze o rizicima i dobrobiti kontinuirane i intermitentne profilakse antiepilepticima, kao i uporabe antipiretika u djece s febrilnim konvulzijama. Unatoč visokoj učestalosti kao i postotku recidiva febrilnih konvulzija, trajne posljedice nisu poznate ni znanstveno dokazane u dostupnoj literaturi. Rizik za razvoj epilepsije u ovih bolesnika je nizak, iako nešto viši nego u općoj populaciji. Nema dokaza da bi profilaktička primjena antiepileptičkih lijekova u djece s jednostavnim febrilnim konvulzijama smanjila pojavnost epilepsije. Nema dokaza da je racionalna i opravdana primjena diazepamom u intermitentnoj profilaksi jednostavnih febrilnih konvulzija. Kontinuirana profilaksa antiepilepticima ili intermitentna terapija diazepamom mogu reducirati učestalost recidiva febrilnih konvulzija. Međutim, rizik od nuspojava i potencijalna toksičnost antiepileptika nadilaze ionako mali rizik od komplikacija u djece s jednostavnim febrilnim konvulzijama, pa preporučamo kontinuiranu i intermitentnu terapiju antiepilepticima u djece s jednostavnim febrilnim konvulzijama. Antipiretici se nisu pokazali učinkoviti u prevenciji recidiva febrilnih konvulzija.

Deskriptori: SMJERNICE; HRVATSKA; KONVULZIJE, FEBRILNE; DIAZEPAM; PREVENCIJA I KONTROLA; ANTIEPILEPTICI - terapija; EPILEPSIJA

UVOD

Febrilne konvulzije (FK) su prigodni cerebralni napadaji provocirani febrilitetom, koji se javljaju u 2-5% djece u dobi od 6. do 60. mjeseca života (1, 2, 3, 4).

Febrilne konvulzije dijelimo na jednostavne i složene na temelju restriktivnih kriterija (5). Za razliku od složenih, jednostavne febrilne konvulzije traju kratko (manje od 15 minuta), pojave se jedan put

u 24 sata u tijeku febriliteta akutno bolesnog djeteta, imaju kliničku sliku generaliziranih konvulzija, u djeteta koje nema infekciju središnjeg živčanog sustava ili metabolički poremećaj te nema prijašnje neurološke bolesti u anamnezi.

Febrilne konvulzije čine jednu od najčešćih neuropedijatrijskih dijagnoza u hitnoj pedijatrijskoj službi, pa je dosad bilo retrospektivnih studija kao i inicijativa da se na nacionalnoj razini u Republici Hrvatskoj izrade smjernice za febrilne konvulzije (FK) (6, 7, 8, 9). Unatoč napretku u razumijevanju febrilnih konvulzija i postojanju dijagnostičkih i terapijskih smjernica, i od strane *International League Against Epilepsy* (ILAE) Američke pedijatrijske akademije (AAP) te na razini europskih i nacionalnih društava, i dalje su prisutne varijacije u interpretaciji tih smjernica, odnosno evaluaciji i liječenju djece s febrilnim konvulzijama i u Republici Hrvatskoj.

Stoga je Hrvatsko društvo za dječju neurologiju (HDDN) izradilo smjernice za racionalnu dijagnostiku i terapiju febrilnih konvulzija u Republici Hrvatskoj. Cilj je pružiti dijagnostički i terapijski putokaz liječnicima koji se u svojoj kliničkoj praksi češće ili rjeđe susreću s ovim entitetom. Svrha ovih smjernica je pomoć pri donošenju odluka i one nisu jedini mogući protokol za sve bolesnike s ovim poremećajem. Dodatni specifični cilj ovog rada je i istaknuti medicinski utemeljene dokaze o rizicima i dobrobiti kontinuirane i intermitentne profilakse, kao i uporabe antipiretika u djece s jednostavnim febrilnim konvulzijama.

METODE

U izradi smjernica služili smo se dostupnom literaturom čije je osnovno načelo medicina temeljena na dokazima. Takav pristup zahtijeva da to budu dokazi

¹ KBC „Sestre milosrdnice“, Klinika za pedijatriju, Vinogradska 29, 10000 Zagreb

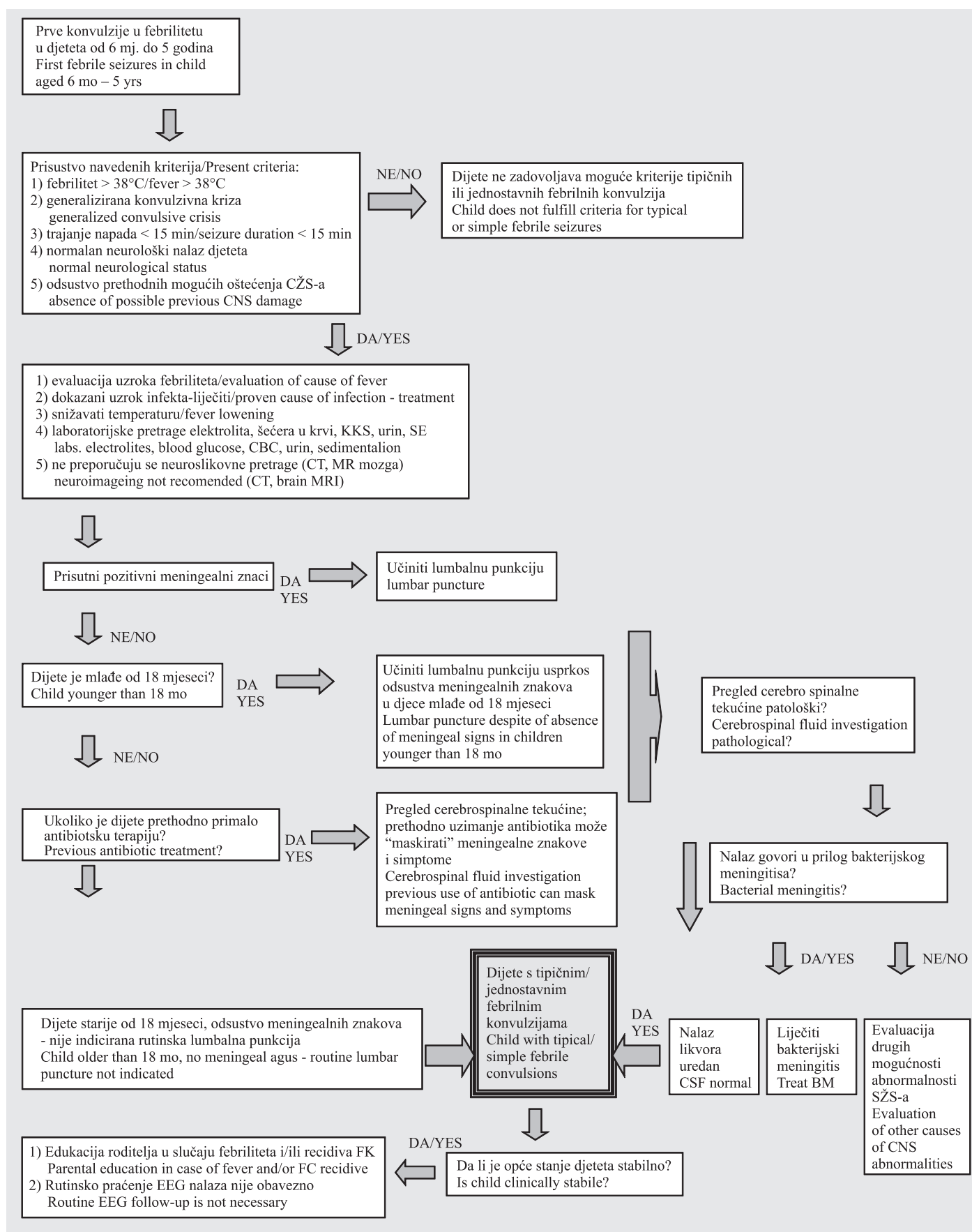
² Dječja bolnica „Srebrnjak“, Srebrnjak 100, 10000 Zagreb

³ KBC „Rijeka“, Klinika za pedijatriju, Istarska 43, 51000 Rijeka

⁴ KBC „Zagreb“, Klinika za pedijatriju, Kišpatičeva 12, 10000 Zagreb

Adresa za dopisivanje:

Prof. dr. sc. Ljerka Cvitanović Šojat, KBC „Sestre milosrdnice“, Klinika za pedijatriju, Vinogradska 29, 10000 Zagreb,
e-mail: ljerka.cvitanovic-sojat@zg.t-com.hr



Slika 1. Preporuke Hrvatskog društva za dječju neurologiju za postupak u djece s prvim konvulzijama u febrilitetu u dobi od 6 mjeseci do 5 godina
Figure 1. Croatian Society of Pediatric Neurology guidelines for approach to the child with the first febrile seizures at the age of 6 months to 5 years

koji govore u korist pojedinih preporuka identificirani i prihvaćeni te da postoji nedvojbeno povezanost između dokaza i napisanih preporuka. Preporuke temeljene na dokazima odraz su kakvoće tih dokaza i moraju biti u ravnoteži s korišću i mogućom štetnošću navedenih preporuka.

PREPORUKE ZA DIJAGNOSTIKU FEBRILNIH KONVULZIJA

Dijagnoza FK-a postavlja se na temelju detaljno uzete anamneze, a klinički pregled, obrada i laboratorijska dijagnostika su usmjereni na traženje izvora akutnog infekta.

Nakon prvih jednostavnih i kompliciranih FK-a indicirana je hospitalizacija i dijagnostika febrilne bolesti i liječenje prema nalazima indicirana je u sve djece s prvim te ponovljenim konvulzijama u febrilitetu.

Lumbalna punkcija. Preporučamo učiniti obveznu lumbalnu punkciju i pretragu cerebrospinalnog likvora (apsolutno) u dojenčadi i u sve djece s pozitivnim znakovima meningitičkog sindroma. Obvezno valja pomno razmotriti lumbalnu punkciju u sve djece mlađe od 18 mjeseci (a poželjno je i u djece do 2 godine), jer klinički znaci meningitičkog sindroma nisu u potpunosti razvijeni i mogu nedostajati u razdoblju do treće godine. Također preporučamo lumbalnu punkciju u djece koja su primala antibiotik i u one s kompliciranim i atipičnim FK-om. U ostale djece potrebno je razmotriti lumbalnu punkciju individualno, prema kliničkom statusu i nalazima (9, 10, 11, 12, 13).

U sve hospitalizirane djece s konvulzijama u febrilitetu starije od 18 mjeseci može se pomnim praćenjem kliničkog statusa i laboratorijskih nalaza odlučiti o potrebi lumbalne punkcije i na taj način će se u 62% djece izbjeći nepotrebna lumbalna punkcija (14).

Laboratorijska dijagnostika. Preporučamo da naša odluka o vrsti laboratorijskih pretraga bude usmjerena na pronalazak uzroka povišene temperature i individualizirana, a ne u sklopu rutinske obrade FK-a. Obvezno je provesti analizu uzroka febrilnog stanja odgovarajućim pretragama (određivanje C-reaktivnog proteina, kompletne krvne slike (KKS) i sedimenta urina te mikrobiološkim pretragama). U dojenčadi se preporuča rutinsko određivanje sljedećih pretraga: elektroliti, kalcij, fosfati, magnezij, kompletne krvna slika (KKS), glukoza u krvi (GUK) u djeteta s prvim konvulzijama, a u osta-

lim dobrim skupinama prema anamnezi i kliničkom statusu (10).

EEG. Nije potrebno obaviti EEG u rutinskoj evaluaciji neurološki zdravog djeteta s prvim konvulzijama u febrilitetu tijekom prvih 48 sati. Nema dokaza da EEG koji je obavljen u vrijeme prvih jednostavnih FK-a, a ni mjesec dana nakon toga, može predvidjeti pojavu recidiva febrilnih konvulzija, afebrilnih epileptičkih napadaja ili epilepsije (15), no može uputiti na epileptogena izbijanja ili encefalopatiju različite etiologije u akutnoj fazi. Incidencija promjena na EEG nalazu povećava se nakon prvih FK-a.

Čak i studije koje su uključile djecu s kompleksnim febrilnim konvulzijama i/ili one s prethodnom neurološkom bolešću nisu pokazale prediktivnost EEG-a za razvoj epilepsije (16, 17, 18, 19, 20). U akutnoj fazi febrilne bolesti udružene s konvulzijama nije uvijek bitna samo prognoza FK-a, već je to prvo dijagnoza febrilne bolesti a zatim i terapija.

Ne preporučamo rutinske neuroslikovne pretrage (CT ili MR mozga) u evaluaciji djece s prvim jednostavnim FK-om (15, 21, 22).

Na slici 1 prikazan je postupnik u djeteta s prvim febrilnim konvulzijama, koji treba biti provediv u svim bolnicama na teritoriju RH, a potrebna dodatna dijagnostika ovisi o opremljenosti pojedinih zdravstvenih ustanova te o stručnosti i iskustvu zdravstvenog osoblja (slika 1).

PREPORUKE ZA TERAPIJU FK-a

Napadaj FK-a u većini slučajeva sponatano prestaje nakon nekoliko minuta (u pravilu unutar 3 minute), potrebno je jedino okrenuti dijete na bok i poduzeti mjere za sniženje temperature (antipiretikom i ostalim postupcima za snižavanje tjelesne temperature).

Kad su konvulzije u tijeku, treba zaustaviti napadaj terapijom: diazepam iv. u dozi 0,15 do 0,2 mg/kg ili diazepam rektalno u dozi od 0,5 mg/kg ili diazepam oralno u dozi od 0,3 mg/kg, ili pak bukalno ili nazalno midazolam (0,25 mg/kg koji još nije registriran u RH).

Febrilni epileptički status liječi se kao i onaj nefebrilni epileptički.

Nakon prekida napadaja potrebno je provoditi antipiretičke mjere.

PREPORUKE ZA PROFILAKSU FK-a

Profilaksa antipireticima. Nije dokazano da antipiretici imaju preventivni učinak

na pojavu FK-a. Potrebno je provođenje antipireze tijekom akutnog febrilnog infekta (23-29).

Profilaksa diazepamom. Intermitentna profilaksa u vrijeme febrilne bolesti oralnim ili rektalnim diazepamom u dozi od 0,3 mg/kg smanjuje za 44% rizik od FK-a (30, 31).

Diazepam mikrokлизме u tijeku 24 h - maksimalnu dnevnu dozu od 1 mg/kg podijeliti na 2, 3 ili 4 doze koje se smiju davati kod kuće u pravilnim razmacima. Uz ove doze diazepamom pojavljuju se prolazne nuspojave: 39% djece ima ataksiju, somnolenciju ili iritabilnost (31, 32, 33). HDDN ne preporuča (kroničnu) intermitentnu profilaksu FK-a (diazepam klizmama, tabletama ili sl.). Smatramo da profilaksa FK-a diazepamom u klizmama ili tabletama nije racionalna i ne preporučamo njeno provođenje u slučaju jednostavnih febrilnih konvulzija (9, 34).

Također smatramo da intermedijarna profilaksa fenobarbitonom *i.m.*, pošto je napadaj FK-a prestao, nije racionalna ni opravdana.

Profilaksa antiepilepticima. Nema nikakve opravdanosti ni dokaza da kontinuirana kronična profilaksa (terapija) antiepilepticima fenobarbitonom, fenitoinom, valproatom ili karbamazepinom smanjuje rizik od ponovnih FK-a ili epilepsije.

Korist od primjene kontinuirane kronične profilakse fenobarbitonom mnogo je manja od štete koju čine nuspojave antiepileptika (35-48).

American Academy of Paediatrics ne preporuča profilaktičku upotrebu antiepileptika ni kod jednostavnih niti kod složenih FK-a (49).

U pojedinim iznimnim slučajevima (strah roditelja, promjene u EEG-u) odlučujemo se na intermitentnu profilaksu klizmama ili tabletama diazepamom, dok nakon kompleksnih FK-a, osobito s promjenama na EEG-u ili nakon čestih FK-a preporučamo primjenu antiepileptičke terapije (50).

Zaključno, očekujemo da ćemo u kliničkoj praksi ovim smjernicama poboljšati dosadašnje spoznaje medicinskog osoblja o utemeljenim dokazima za uporabu ili pak za izbjegavanje primjene različitih preporučenih terapija u djece s jednostavnim febrilnim konvulzijama. Izbjegavanjem neučinkovite terapije, a s potencijalno štetnim učincima, dugoročno možemo poboljšati zdravlje djece. Također možemo smanjiti nepotrebne troškove proizašle iz davanja lijekova koji se nisu

pokazali učinkoviti u poboljšanju dugoročnog ishoda u ove djece.

Ove smjernice imaju i svrhu edukacije liječnika, koji će tada uspješnije educirati roditelje/skrbnike djece s febrilnim konvulzijama.

Autori izjavljuju da nisu bili u sukobu interesa.
Authors declare no conflict of interest.

LITERATURA

1. American Academy of Pediatrics, Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Febrile Seizures. The long-term treatment of the child with simple febrile seizures. *Pediatrics*. 1999;103:1307-9.
2. ILAE. Guidelines for epidemiologic studies on epilepsy. *Epilepsia*. 1993;34:592-6.
3. Engel J. Report of the ILAE Classification Core Group. *Epilepsia*. 2006;47:1558-68.
4. Berg AT, Berkovic SF, Brodie MJ, et al. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005-2009. *Epilepsia*. 2010;51:676-85.
5. Nelson KB, Elenberg JH. Predictors of epilepsy in children who have experienced febrile seizures. *N Engl J Med*. 1976;295:1029-33.
6. Paučić-Kirinčić E, Sasso A, Sindičić N, Prpić I. Febrilne konvulzije. *Pedijatrija danas*. 2006;2:1-10.
7. Rimac M, Marušić Della Marina B. Febrilne konvulzije. *Paediatr Croat*. 2004;48:85-8.
8. Cvitanović-Šojat Lj, Malenica M, Gjergja R, Sabol Z, Kužnik K, Šojat T. Dugotrajno praćenje i ishod djece s febrilnim konvulzijama. *Paediatr Croat*. 2011;55:115-20.
9. Barišić N. Febrilne konvulzije. U: Barišić N. i sur. *Pedijatrijska neurologija*. Zagreb: Medicinska naklada, 2009:205-9.
10. Anonymus. Practice parameter: the neurodiagnostic evaluation of the child with a first febrile seizure. American Academy of Pediatrics. Provisional Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Febrile Seizures. *Pediatrics*. 1996;97:769-75. i *Pediatrics*. 1999;103:1307-9.
11. Anonymus. Febrile seizures: Clinical practice guideline for the long-term management of the child with simple febrile seizure. American Academy of Pediatrics. Provisional Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Febrile Seizures. *Pediatrics*. 2008;121:1281-6.
12. Arzimanoglu A, Aicardi J. Febrile convulsions. In: Aicardi J. *Diseases of the nervous system in childhood*. 3rd ed. London: Mac Keith Press, 2009; 603-6.
13. Dunlop S, Taitz J. Retrospective review of the management of simple febrile convulsions at a tertiary paediatric institution. *J Paediatr Child Health*. 2005;41:647-51.
14. Joffe A, McCormick M, DeAngelis C. Which children with febrile seizures need lumbar puncture? A decision analysis approach. *Am J Dis Child*. 1983;137:1153-6.
15. Subcommittee on Febrile Seizures. Febrile Seizures: Guideline for the neurodiagnostic evaluation of the child with a simple febrile seizure. *Pediatrics*. 2011;127:389.
16. Frantzen E, Lennox-Buchtal M, Nygaard A. Longitudinal EEG and clinical study of children with febrile convulsions. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol*. 1968;24:197-212.
17. Thorn I. What do we know about children with febrile convulsions. *Ugeskr Laeger*. 1978;140:1042-3.
18. Shlomo S, Glauser TA. Febrile seizures. *J Child Neurol*. 2002;17(suppl 1):44-52.
19. Annegers JF, Hauser WA, Shirts SB, Kurland LT. Factors prognostic of unprovoked seizures after febrile convulsions. *N Engl J Med*. 1987;316:493-8.
20. Berg AT, Shinnar S, Darefsky AS, et al. Predictors of recurrent febrile seizures: a prospective cohort study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1997;151:371-8.
21. Jaffe M, Bar-Joseph G, Tirosh E. Fever and convulsions-indications for laboratory investigations. *Pediatrics*. 1981;67:729-31.
22. Nealis JG, McFadden SW, Asnes RA, Ouellette EM. Routine skull roentgenograms in the management of simple febrile seizures. *J Pediatr*. 1977;90:595-6.
23. Schnaiderman D, Lahat E, Sheefer T, Aladjem M. Antipyretic effectiveness of acetaminophen in febrile seizures: ongoing prophylaxis versus sporadic usage. *Eur J Pediatr*. 1993;152:747-9.
24. Uhari M, Rantala H, Vainionpää L, Kurttila R. Effect of acetaminophen and of low dose intermittent doses of diazepam on prevention of recurrences of febrile seizures. *J Pediatr*. 1995;126:991-5.
25. van Stuijvenberg M, Derksen-Lubsen G, Steyerberg EW, Habbema JDF, Moll HA. Randomized, controlled trial of ibuprofen syrup administered during febrile illnesses to prevent febrile seizure recurrences. *Pediatrics*. 1998;102:E51.
26. van Esch A, Van Steensel-Moll HA, Steyerberg EW, Offringa M, Habbema JDF, Derksen-Lubsen G. Antipyretic efficacy of ibuprofen and acetaminophen in children with febrile seizures. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1995;149:632-7.
27. van Esch A, Steyerberg EW, Moll HA, et al. A study of the efficacy of antipyretic drugs in the prevention of febrile seizure recurrence. *Ambul Child Health*. 2000;6:19-26.
28. Easley RB, Altemeier WA. Central nervous system manifestations of an ibuprofen overdose reversed by naloxone. *Pediatr Emerg Care*. 2000;16:39-41.
29. American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs. Acetaminophen toxicity in children. *Pediatrics*. 2001;108:1020-4.
30. Rosman NP, Colton T, Labazzo J, et al. A controlled trial of diazepam administered during febrile illnesses to prevent recurrence of febrile seizures. *N Engl J Med*. 1993;329:79-84.
31. Knudsen FU, Paerregaard A, Andersen R, Andersen J. Longterm outcome of prophylaxis for febrile convulsions. *Arch Dis Child*. 1996;74:13-8.
32. McIntyre J, Robertson S, Norris E, et al. Safety and efficacy of buccal midazolam versus rectal diazepam for emergency treatment of seizures in children: a randomized controlled trial. *Lancet*. 2005;366:205-10.
33. Pellock JM, Shinnar S. Respiratory adverse events associated with diazepam rectal gel. *Neurology*. 2005;64:1768-70.
34. Capovilla G, Mastrangelo M, Romeo M, Viganò F. Recommendations for the management of "febrile seizures": Ad Hoc Task Force of LICE Guidelines Commission Epilepsia. 2009;50(Suppl 1):2-6.
35. Wolf SM, Carr A, Davis DC, et al. The value of phenobarbital in the child who has had a single febrile seizure: A controlled prospective study. *Pediatrics*. 1977;59:378-85.
36. Camfield PR, Camfield CS, Shapiro SH, Cummings C. The first febrile seizure: antipyretic instruction plus either phenobarbital or placebo to prevent recurrence. *J Pediatr*. 1980;97:16-21.
37. Farwell JR, Lee JY, Hirtz DG, Sulzbacher SI, Ellenberg JH, Nelson KB. Phenobarbital for febrile seizures: effects on intelligence and on seizure recurrence [published correction appears in *N Engl J Med*. 1992;326:144]. *N Engl J Med*. 1990;322:364-9.
38. Antony JH, Hawke SHB. Phenobarbital compared with carbamazepine in prevention of recurrent febrile convulsions. *Am J Dis Child*. 1983;137:892-5.
39. Knudsen FU, Vestermark S. Prophylactic diazepam or phenobarbitone in febrile convulsions: a prospective, controlled study. *Arch Dis Child*. 1978;53:660-3.
40. Lee K, Melchior JC. Sodium valproate versus phenobarbital in the prophylactic treatment of febrile convulsions in childhood. *Eur J Pediatr*. 1981;137:151-3.
41. Camfield CS, Chaplin S, Doyle AB, Shapiro SH, Cummings C, Camfield PR. Side effects of phenobarbital in toddlers: behavioral and cognitive aspects. *J Pediatr*. 1979;95:361-5.
42. Minagawa K, Miura H. Phenobarbital, primidone and sodium valproate in the prophylaxis of febrile convulsions. *Brain Dev*. 1981;3:385-93.
43. Herranz JL, Armijo JA, Arteaga R. Effectiveness and toxicity of phenobarbital, primidone, and sodium valproate in the prevention of febrile convulsions, controlled by plasma levels. *Epilepsia*. 1984;25:89-95.
44. Wallace SJ, Smith JA. Successful prophylaxis against febrile convulsions with valproic acid or phenobarbitone. *BMJ*. 1980;280:353-4.
45. Mamelie N, Mamelie JC, Plasse JC, Revol M, Gilly R. Prevention of recurrent febrile convulsions: a randomized therapeutic assay - sodium valproate, phenobarbitone and placebo. *Neuropediatrics*. 1984;15:37-42.
46. Ngwane E, Bower B. Continuous sodium valproate or phenobarbitone in the prevention of "simple" febrile convulsions. *Arch Dis Child*. 1980;55:171-4.
47. Camfield PR, Camfield CS, Tibbles JA. Carbamazepine does not prevent febrile seizures in phenobarbital failures. *Neurology*. 1982;32:288-9.
48. Bacon CJ, Hierons AM, Mucklow JC, Webb JK, Rawlins MD, Weightman D. Placebo-controlled study of phenobarbitone and phenytoin in the prophylaxis of febrile convulsions. *Lancet*. 1981;2:600-4.
49. Steering Committee on Quality of Improvement and Management, Subcommittee on Febrile Seizures. Febrile Seizures: Clinical Practice guideline for the long-term management of the child with simple febrile seizures. *Pediatrics*. 2008;121:1281-6.
50. Lux AL. Treatment of febrile seizures: Historical perspective, current opinions, and potential future directions. *Brain Dev*. 2010;32:42-50.

S u m m a r y

THE CROATIAN SOCIETY OF PEDIATRIC NEUROLOGY GUIDELINES FOR THE DIAGNOSIS AND THERAPY OF FEBRILE SEIZURES

Lj. Cvitanović Šojat, R. Gjergja Juraški, I. Prpić, N. Barišić

Febrile seizures are occasional cerebral seizures that occur in 2%-5% of children aged 6-60 months. Despite progress in the understanding of febrile seizures pathophysiology and the development of its guidelines, there are still many variations in the interpretation of these guidelines and in the evaluation and treatment of children with febrile seizures in the Republic of Croatia. Therefore, the Croatian Society of Pediatric Neurology developed the guidelines for the rational diagnosis and therapy of febrile convulsions, which should be feasible in all hospitals in the Republic of Croatia. The purpose of these guidelines is to assist in making rational decisions for diagnosis and treatment and they do not represent the only possible protocol for all patients with this disorder. An additional specific objective is to emphasize the medical evidence based approach to the risk and benefit of continuous and intermittent prophylactic antiepileptic therapy, as well as to the use of antipyretics in children with febrile seizures. Despite the high prevalence and percentage of relapses of febrile seizures, long lasting effects are not known nor scientifically proven in the literature. The risk of developing epilepsy in these patients is low, although slightly higher than in the general population. There is no evidence that the prophylactic use of antiepileptic drugs in children with simple febrile seizures can reduce the incidence of epilepsy. There is no evidence that the use of intermittent diazepam prophylaxis of simple febrile seizures is rational and reasonable. Continuous prophylaxis with antiepileptic drugs or intermittent diazepam therapy may reduce the incidence of recurrent febrile seizures. However, the risk of side effects and potential toxicity of antiepileptic drugs beyond the already low risk of complications in children with simple febrile seizures does not recommend continuous or intermittent therapy with antiepileptic drugs in children with simple febrile seizures. Antipyretics have not been shown to be effective in preventing recurrence of febrile seizures.

Descriptors: GUIDELINES AS TOPIC; CROATIA; SEIZURES, FEBRILE; DIAZEPAM; PREVENTION AND CONTROL; ANTOCONVULSANTS - therapy; EPILEPSY

Primljeno/Received: 10. 4. 2012.

Prihvaćeno/Accepted: 10. 4. 2012.