

# Feberkræmper: hos vagtlægen

Overlæge Thomas Balslev &  
alment praktiserende læge Mette Flarup

En to år gammel dreng kom hos vagtlægen efter et febrilt krampeanfald. Han fik sit første feberkræmpeanfald da han var 15 mdr. gammel. Med få måneders interval havde han haft yderligere fire feberkræmpeanfald, som alle varede under 10 min. Samtlige anfald begyndte pludseligt med bevidstløshed og stivhed i kroppen fulgt af en fase med trækninger i musklerne. Drengen var ved at vågne op nu, men forældrene var bekymrede og spurgte, hvad der skulle gøres.

## Hvad ved vi?

Det er skræmmende for forældre at opleve et barns feberkræmper. De fleste forældre tror, at barnet er ved at dø eller ved at blive kvalt. Mange forældre, hvis barn har haft feberkræmper, våger over barnet om natten, når det har feber. Dette ses også, hvis der har været gentagne feberkræmper.

Simple feberkræmpeanfald er anfald, som er generaliserede, varer mindre end 15 min, ikke recidiverer inden for 24 timer og ikke følges af lammelser. Komplekse (eller komplicerede) feberkræmpeanfald er fokale (oftest halvsidige) og/eller varer længere end 15 min og/eller recidiverer inden for 24 timer og/eller ledsages af postiktale neurologiske udfald, herunder forbigående halvsidig lammelse (Todd-parese).

Gentagelsesrisikoen for feberkræmper er generelt 30-40%, og komplekse feberkræmpeanfald har højere gentagelsesrisiko.

Kortidsprofylakse med diazepam givet rektalt ved feber kan nedsætte risikoen for et nyt feberkræmpeanfald, men kan medføre bivirkninger, er ikke altid effektiv og forbedrer ikke langtidsprognosen. Febernedsættende behandling reducerer ikke recidivfrekvensen.

Langtidsprofylakse med valproat eller Fenemal kan nedsætte risikoen for et nyt feberkræmpeanfald, men bivirkninger er hyppige, og langtidsprognosen, som er god uden behandling, forbedres ikke.

Hjerneskade ses ikke efter simple feberkræmper. Kun hos et fåtal af patienter, som har haft febril status epilepticus, ses der forandringer i temporallappen.

Børn, som i forvejen har en neurologisk sygdom, får ikke feberkræmper, men kan godt få feberudløste krampeanfald.

Febril status epilepticus varer mere end 30 min og er relateret til en let øget risiko for at få temporallapsepilepsi. Vi ved ikke, om denne relation er kausal, eller om nogle børn er prædisponerede for at få langvarige feberkræmpeanfald og siden temporallapsepilepsi.

## Hvad gør vi?

Behandling af anfald: Effektiv behandling af langvarige anfald er det første vigtige behandlingsmål. Det kan ske ved at behandle feberkræmpeanfald, som varer mere end nogle få minutter med klyksma diazepam i dosis 0,5 mg pr. kg. Det virker oftest inden for få minutter. Fortsætter anfaldet herefter, er der behov for hurtig og energisk behandling som ved status epilepticus, og barnet bør straks indlægges.

Indlæggelse: De fleste børn med førstegangsfæberkræmper bør indlægges akut.

Orientering og rådgivning af forældrene: Grundig orientering og rådgivning er det andet vigtige behandlingsmål og bør omfatte en vurdering af forældrenes krise. Rådgivningen bør gives såvel mundtligt som skriftligt.

Udredning: Ved feberkræmpeanfald udredes årsagen til temperaturforhøjelsen. Vær især opmærksom på eventuel intrakranial infektion, idet meningitis eller encefalit ikke altid giver nakkestivhed hos børn under 12 mdr. Lumbalpunktur kan derfor være indiceret. Hvis årsagen til feberen ikke er åbenbar, bør urinvejsinfektion udelukkes, hvorfor undersøgelse af urinen kan være indiceret.

Neurologisk udredning: Efter simple feberkræmpeanfald, hvor barnet er vågnet helt op, er der ikke indikation for blodprøvetagning, elektroencefalogram (eeg)-undersøgelse eller neuroradiologiske undersøgelser. Hvis barnet efter anfaldet fortsat har påvirket bevidsthed, bør man undersøge for hypoglykæmi.

Profylakse: Simple feberkræmpeanfald giver ikke indikation for profylaktisk behandling, heller ikke hvis anfaldene er gentagne.

Risikofaktorer for epilepsi: Hos børn, som har haft feberkræmpeanfald, som har varet mere end 30 min, bør lægen være opmærksom på en mindre overrisiko for epilepsi, især temporallapsepilepsi.

Korrespondance: *Thomas Balslev*, Børneafdelingen, Skejby Sygehus, Århus Universitetshospital, DK-8200 Århus N. E-mail: atb@sks.aaa.dk

Antaget: 29. april 2004  
Interessekonflikter: Ingen angivet

## Anbefalet læsning og nyttige links

Knudsen FU. Feberkræmper. Behandling og prognose. Ugeskr Læger 2001;163:1098-102.

Shinnar S. Febrile seizures and mesial temporal sclerosis. *Epilepsy Currents* 2003;3:115-8.

American Academy of Pediatrics. Practice parameter: long-term treatment of the child with simple febrile seizures. *Pediatrics*, 1999;103:1307-9. [www.aap.org/policy/ac9859.htm](http://www.aap.org/policy/ac9859.htm)

## Materiale til pårørende om feberkræmper

<http://www.laegevagten.dk>

Epilepsiforeningens brochure: [www.epilepsiforeningen.dk/materialer/materialeoversigt.htm](http://www.epilepsiforeningen.dk/materialer/materialeoversigt.htm)