

Richtlinie

Fieberkrampf - Ablauf im Kindernotfall			
Autorenschaft M. Wendelspiess	Erstellungsdatum Juli 2023	Überarbeitungsdaten	Aktualisierungsdaten
	Nächste Überarbeitung Juli 2025		
Gültigkeitsbereich Medizinbereich Kinder und Jugendliche, NZKJ	Genehmigung Steuergruppe Richtlinien	Vernehmlassung Chr. Aebi, U. Feuz, A. Klein	
Schlagworte			

Einschlusskriterien¹:

Fieberkrampf ist eine klinische Diagnose basierend auf den folgenden Kriterien:

- Alter >6 Monate und <6 Jahre
- Temperatur >38.0°C
- Kein V.a. febrilen Status epilepticus
- Kurze postiktale Phase (5-10min), rasche und vollständige Rückkehr zur Baseline
- Kein klinischer V.a. ZNS Infektion

1 Präklinik / Triage

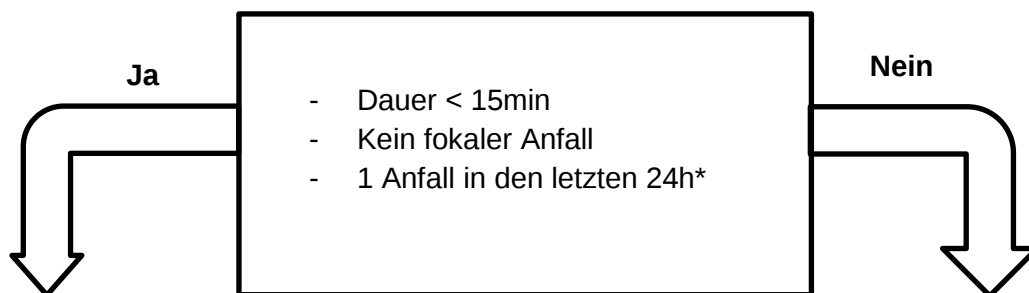
Emla Patch bei Verdacht auf komplizierten Fieberkrampf

2 Management / Therapie

2.1 Lumbalpunktion

- Klinische Anzeichen für ZNS Infektion (siehe Einschlusskriterien)
- Grosszügig bei Kindern <12 Monaten (insbesondere bei inkomplettem Impfstatus für HiB/PCV) und mit Antibiotika vorbehandelten Patient:Innen (Antibiotika können klinische Anzeichen für Meningitis maskieren) (vgl. Anhang Hintergrund)

¹ Bei nicht erfüllten Einschlusskriterien besteht ein erhöhtes Risiko für ZNS Infektion und strukturelle/metabolische Ursachen, individueller diagnostischer Ansatz indiziert



Unkomplizierter Fieberkrampf		Komplizierter Fieberkrampf
NZKJ: - Keine weitere Abklärung bez. Anfall	Abklärungen	NZKJ: - BB, CRP, BGA (inkl. Elektrolyte und Blutzucker) - Metabolische Abklärung nur bei Vd. auf Neurometabolische Ursache - Grosszügige Indikation für LP <1j
- Nein	Konsil Neuropädiatrie	NZKJ/Station/ambulant: - EEG oder/und MRI in Absprache Neuropädiatrie (ambulant per HA)² - Grosszügig (kann, ausser bei Notfallindikation, während Bürozeiten erfolgen)
- bei Kindern <12 Monaten grosszügig erwägen, insbesondere bei erstem FK - eine stationäre Beobachtung bei klinisch unauffälligem Kind ist ansonsten nicht zwingend notwendig	Hospitalisation (im Normalfall auf IDA)	- Ja

* Es gibt zunehmende Evidenz, dass rezidivierendes Auftreten eines FK während eines Infektes und eine fokale Semiologie sich für eine Einteilung in einfache oder komplizierte FK nicht bewährt haben.

3 Austritt

Unkomplizierter Fieberkrampf		Komplizierter Fieberkrampf
- Abgabe und Schulung Notfallmedikation - Abgabe Elternbroschüre - Aufklärung: bis zu 30% der Kinder haben weitere Anfälle - kein Stress mit ständigem Fiebersenken (weder Fieberhöhe noch Schnelligkeit von Fieberanstieg sind auslösende Faktoren)	Austritt / Überwachung	- Nach febrilem Status epilepticus ggf. sofortige Gabe der Reserve beim nächsten FK - Ansonsten idem

² Vgl. Anhang: Hintergrund

- Bei 1. Fieberkrampf keine - Bei 2. Fieberkrampf ggf. Zuweisung an Neuropädiatrie durch Kinderärztin/-arzt	Nachkontrolle	- Gemäss Neuropädiatrie
--	----------------------	---

4 Literatur / Links

Yield of lumbar puncture among children who present with their first complex febrile seizure.

AU; Kimia A, Ben-Joseph EP, Rudloe T, Capraro A, Sarco D, Hummel D, Johnston P, Harper MB SO. Pediatrics. 2010-126(1):62.

Subcommittee on Febrile Seizures; American Academy of Pediatrics. Neurodiagnostic evaluation of the child with a simple febrile seizure. Pediatrics. 2011 Feb-127(2):389-94. doi: 10.1542/peds.2010-3318. PMID: 21285335.

Natsume J, et al. New guidelines for management of febrile seizures in Japan. Brain Dev. 2017 Jan;39(1):2-9. doi: 10.1016/j.braindev.2016.06.003. Epub 2016 Sep 6. PMID: 27613077.

Hesdorffer DC, Benn EKT, Bagiella E et al. (2011) Distribution of Febrile Seizure Duration And Associations With Development. Ann Neurol 70: 93 – 100 58. Hesdorffer DC, Shinnar S, Lewis DV et al. (2012) Design and Phenomenology of the FEBSTAT Study. Epilepsia. 53: 1471 – 1480

5 Anhang

Hintergrund

Typische Präsentation

- Am häufigsten zwischen 12-18 Monate
- Meist in den ersten Fiebertagen und im Fieberanstieg

Obwohl bei ca. 25% von Kindern mit Meningitis Anfälle haben, bestehen bei fast allen Kindern andere klinische Anzeichen für einen ZNS Infekt. Die klinische Diagnose eines ZNS Infekts kann jedoch bei Kindern <12 Monaten und bei mit Antibiotika vorbehandelten Kindern herausfordernder sein, sodass bei diesen Patient:Innen ein Lumbalpunktion grosszügig in Erwägung gezogen werden sollte.

EEG nach kompliziertem FK (immer nach Rücksprache mit Neuropädiatrie):

Bei neurologischer Vorerkrankung, langer postiktaler Bewusstseinsstörung, fokalen neurologischen Ausfällen oder Todd'scher Parese empfiehlt sich ein EEG in der Akutphase (innerhalb von 3 Tagen). Ansonsten ambulantes EEG in den Wochen danach.