

Gäller för: Barn- och ungdomssjukvård, Barn- och ungdomsmottagning NÄL,

Avdelning 23 NÄL

Innehållsansvar: Lukas Lönnroth, (luklo1), Specialistläkare

Godkänd av: Magdalena Åberg, (magst), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-03-26

Giltig till: 2028-03-26

# Feberkramper hos barn - Handläggning

## Bakgrund

Feberkramper är den vanligaste neurologiska sjukdomen hos barn och drabbar 2-5% av alla under uppväxten. I de flesta fall förekommer feberkramper i samband med virusinfektioner (HHV-6, Influensa A m.fl.). Det finns en ökad risk hos förstegradssläktingar (10-20%) samt är vanligare bland pojkar (ratio 6:1).

Definitionsmässig är feberkramper inte orsakade av annan akut sjukdom i nervsystemet och t.ex. CNS infektioner, encefalit samt stroke är viktiga att överväga som differentialdiagnoser. Andra tillstånd som kan likna feberkramper är frossa och svimningar i samband med feber, anfallsbeskrivningen är avgörande.

Traditionellt delas feberkramper upp i enkla och komplexa, vilket ger viss vägledning kring vilka patienter som har en högre risk för annan bakomliggande sjukdom. Det krävs alltid en individuell bedömning, men på gruppnivå har båda dessa god prognos.

Denna riktlinje fokuserar på praktisk handläggning vid feberkramper. För handläggning av status epilepticus eller oprovocerade epileptiska anfall se separata pm.

## Sammanfattning/syfte

- Förbättra patientsäkerheten för barn med feberkramper
- Underlätta arbetet för handläggande läkare och sjuksköterskor

## Definition av feberkramper

- Ålder 6 månader - 5 år
- Barn utan tidigare oprovocerade epileptiska anfall
- Feber  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  med debut innan eller inom 24 timmar efter anfallet
- Frånvaro av akut sjukdom i CNS eller annan anfallsprovocerande orsak

## Enkla feberkramper

- Generaliserat epileptiskt anfall (oftast toniskt-kloniskt) med duration <15 min
- Inget anfallsrecidiv inom 24 timmar

## Komplexa feberkramper

- Fokala anfall och/eller anfallsduration  $\geq 15$  min
- Anfall som brutits med läkemedelsbehandling
- Anfallsrecidiv inom 24 timmar
- Postiktala symtom inkl. neurologiska bortfallssymtom som varar >10 minuter

## Akut handläggning

Vid pågående anfall med duration >5 min behandling som status epilepticus, handläggs enligt ABCDE. Febrila status epilepticus är oftare fokala, persisterande blickdeviation kan vara tecken till fortsatt pågående anfall efter att kramper upphört.

De flesta feberkramper är självbegränsande med duration på <5 minuter och patienten kommer till sjukvården för bedömning efter tillbudet.

- 1) Anamnes: Beskrivning av händelseförloppet och anfallssemiologi, feberduration och infektionssymtom, vätskeintag, diures, sjukhistoria (inkl. graviditet, perinatalperiod och utveckling).
- 2) Kroppundersökning inkl. neurologiskt status.

Vid enkla feberkramper finns i normalfallet inget behov av ytterligare utredning utöver ev. provtagning som motiveras för etiologisk utredning av febern. Vid misstanke på dehydrering bör provtagning av blodsocker och elektrolyter tas.

Vid kvarvarande neurologiska symtom eller allmänpåverkan där inte annan orsak identifierats måste akut utredning för att utesluta CNS infektion/inflammation, intrakraniell process och allvarlig metabol rubbning genomföras. Vid fokalneurologiska symtom eller sänkt medvetandenivå akut CT-hjärna. Prioritera i övrigt blodprovstagning samt snabb lumbalpunktion för att säkra odlingar samt initera empirisk behandling för att täcka bakteriell och viral CNS infektion. Akut EEG

skall övervägas om misstanke på encefalit eller icke-konvulsivt status epilepticus.

## Uppföljning och fortsatt utredning

Obs: Feberkramper kan vara ett symptom på t.ex. neurometabol sjukdom vid samtidig utvecklingsförsening, regression eller andra neurologiska deficit som kan motivera snabbare och utvidgad utredning. Dessa barn behöver en individualiserad handläggning utifrån klinik och ev. tidigare utredningar.

- **Enkla feberkramper:** Inget behov av ytterligare etiologisk utredning eller uppföljning. Behöver söka åter ifall nytt anfall inom 24 timmar. Profylax eller anfallsbrytande behandling vid behov rekommenderas ej. Ge skriftlig och muntlig information om diagnosen inkl. recidivrisk.
  - **Komplexa feberkramper:** Inläggning för behandling/observation är aktuellt beroende på klinik, rekommenderas för alla med förstagångs feberkramp där anfallsbrytande behandling givits eller om multipla anfall inom 24 timmar.
1. EEG: Lågt prediktivt värde för att förutspå recidiv samt senare utveckling av epilepsi vid alla former av feberkramper. Rekommenderas ej som rutin oavsett om generaliserade eller fokala feberkramper.
  2. MR-hjärna: Rekommenderas ej som rutin oavsett generaliserade eller fokala feberkramper. Får övervägas om andra symptom talande för CNS patologi.
  3. Behandling: Vid behovsbehandling med anfallsbrytande Diazepam rektallösning eller Buccolam munhålelösning rekommenderas vid långvariga anfall som behövs brytas med läkemedelsbehandling. Ges vid anfallsduration >5 min. Anfallsförebyggande behandling dagligen eller vid feber rekommenderas generellt inte p.g.a. biverkningsrisken, kan övervägas i särskilda fall. Febernedsättande behandling påverkar ej anfallsrisken.
  4. Återbesök: Till läkare på barnmottagning inom 3-6 månader för uppföljning av utveckling, ev. anfallsrecidiv och neurologisk undersökning. Om inga avvikelser eller behov av anfallsbrytande behandling (1 år) kan uppföljning avslutas.

## Prognos

Neurologiska sequelae efter feberkramper är mycket ovanligt och man har inte på gruppnivå kunnat identifiera någon påverkan på kognitiv utveckling eller beteende jämfört med kontrollgrupper vid långtidsuppföljning, efter att man exkluderat barn med

utvecklingsförsening innan första feberkrampen. Detta gäller för både enkla och komplexa feberkramp, även vid återkommande anfall.

Oberoende om enkel eller komplex får 30-35% av barnen ytterligare en feberkramp, men bara cirka 10% får 3 eller fler. De flesta recidiv inträffar inom 1 år och sällan efter 2 års tid. Ålder är en mycket viktig faktor, 50-60% av barnen < 1 år vid första anfallet får recidiv.

Absolut risk för framtida utveckling av epilepsi är 1-2% efter enkla feberkramp, minimalt förhöjd jämfört med andra barn. Absolut risk efter komplexa feberkramp är uppskattningsvis 5-10%.

### Referenser

Capovilla G, Mastrangelo M, Romeo A, Vigeveno F. Recommendations for the management of "febrile seizures": Ad Hoc Task Force of LICE Guidelines Commission. *Epilepsia*. 2009 Jan;50 Suppl 1:2-6. doi: 10.1111/j.1528-1167.2008.01963.x. PMID: 19125841.

UpToDate (sökord och länkar):

Clinical features and evaluation of febrile seizures

[https://www-uptodate-com.proxybibl.vgregion.se/contents/clinical-features-and-evaluation-of-febrile-seizures?search=febrile%20seizure%20children&source=search\\_result&selectedTitle=1%7E150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www-uptodate-com.proxybibl.vgregion.se/contents/clinical-features-and-evaluation-of-febrile-seizures?search=febrile%20seizure%20children&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1)

Treatment and prognosis of febrile seizures

[https://www-uptodate-com.proxybibl.vgregion.se/contents/treatment-and-prognosis-of-febrile-seizures?search=febrile+seizure+children&source=search\\_result&selectedTitle=2%7E150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www-uptodate-com.proxybibl.vgregion.se/contents/treatment-and-prognosis-of-febrile-seizures?search=febrile+seizure+children&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2)

Svenska Epilepsisällskapets handlägningsstöd

<https://snpf.barnlakarforeningen.se/2016/09/01/epilepsi-hos-barn-och-ungdomar-handlaggningsstod/>

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Barn- och ungdomssjukvård, Barn- och ungdomsmottagning NÄL, Avdelning 23 NÄL

**Innehållsansvar:** Lukas Lönnroth, (luklo1), Specialistläkare

**Godkänd av:** Magdalena Åberg, (magst), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** NU10035-986315719-89

**Version:** 7.0

**Giltig från:** 2026-03-26

**Giltig till:** 2028-03-26