

Generalisierter epileptischer Anfall für Nicht-Neurologen

Quellen und weiterführende Literatur

Holtkamp M, S2k-Leitlinie: Erster epileptischer Anfall und Epilepsien im Erwachsenenalter, DGNeurologie, 01/2024

Status epilepticus im Erwachsenenalter – Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie, AWMF-Registernummer: 030/079, 2020

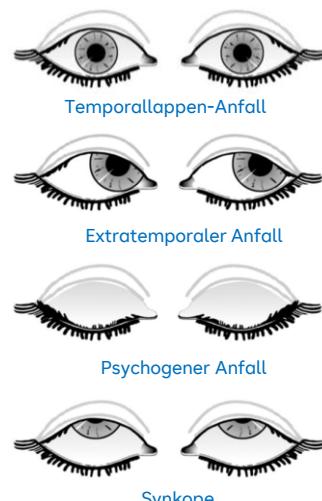
Erkennen eines generalisierten epileptischen Anfalls

- Augen geöffnet, ggf. Version (siehe Abb.)
- bei bilateral konvulsiven Anfällen Bewusstsein nie erhalten, Reorientierung je nach Anfall, i.d.R. verlängerte Reorientierungsphase
- keine ictale Hyperventilation, lateraler Zungenbiss
- Dauer i.d.R. bis 2 min

Vorgehen beim (generalisierten) epileptischen Anfall

1. Lagerung (Schutz vor Selbstverletzung, Atemweg freihalten)
2. Sauerstoff geben, ggf. Wendel-Tubus
3. Blutzucker messen
4. **Dauer > 5min = Status epilepticus**
2 mg Lorazepam (= 1 Amp. Tavor®) i.v. Kühlschrank!
+ 2g Levetiracetam i.v. (Keppra)

... alles weitere nur nach Anordnung des Neurologen


Stufe 1
Initialbehandlung
Dauer: ca. 10-20 min

1. Wahl:
Lorazepam 0,1 mg/kg i.v.
(max. 4mg/Bolusgabe, 2 mg/min, ggf. nach 5 Minuten 1x wiederholen)

Falls Lorazepam nicht verfügbar:
Diazepam 0,15-0,2 mg/kg i.v.
(max. 10mg/Bolusgabe, nach 5 Minuten ggf. 1x wiederholen, max. ca. 30 mg)

oder
Clonazepam 0,015 mg/kg i.v.
(max. 1 mg/Bolusgabe, ggf. nach 5 Minuten 1x wiederholen, max. ca. 2mg)
oder
Midazolam 0,2mg/kg i.v.
(max. 10mg/Bolusgabe (<40kg 5mg), ggf. 1x wiederholen)

Stufe 2
Benzodiazepin-refraktärer Status epilepticus, ITS (!)
Dauer: ca. 30-60 min

1. Wahl:
Levetiracetam 60mg/kg, max. 4500mg über ≥ 10min
oder
Valproat 40 mg/kg, max. 3000mg und max. 10mg/kg/min (cave Mitochondropathie)
oder
Fosphenytoin (Derzeit in A, CH und D nicht verfügbar)

oder 2. Wahl:
Phenytoin 20 mg/kg i.v.
(separater Zugang, cave: höhergradiger AV-Block) (max. 50 mg/min, Ziel-Serumspiegel 20-25mg/l)
oder
Phenobarbital
oder
Lacosamid

Aus neurologischer Sicht schließt sich Diagnostik zur Klärung der Ätiologie an.

Ursachen akut-symptomatischer epileptischer Anfälle

- Metabolische Störungen (Hypoglykämie, Hyponatriämie)
- Alkoholentzug, Substanzintoxikation (Kokain, Alkohol)
- akute Hirnschädigungen (Stroke, ICB, Hypoxie, ZNS-Infektion)
- Fieber, Medikamente (Ciprofloxacin)

Provokationsfaktoren (bei bekannter Epilepsie)

- Schlafentzug
- Fieberhafte Infekte
- Non-Compliance bei Medikation
- Medikamente und Interaktionen zwischen Medikamenten

Nicht jeder epileptische Anfall ist mit einer Epilepsiediagnose gleichzusetzen und bedarf dauerhafter anfallssuppressiver Therapie.

Wir freuen uns auf Ihre Mitarbeit. Senden Sie Anmerkungen und Beitragsideen gern an jan.kahlenbach@srh.de

