

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: 2026-08-26

Giltig till: 2028-08-26

Status epilepticus hos barn >1 månads ålder

Bakgrund

Status epilepticus är en samlingsterm för långvariga epileptiska anfall och har flera olika kliniska presentationer som kan ändras under anfallet (t.ex. ifrån icke-konvulsivt till konvulsivt). När epileptisk anfallsaktivitet i hjärnan inte självterminerar inom de första minuterna ökar risken successivt för att anfallet blir självunderhållande och i förlängningen minskar även effekten av anfallsbrytande läkemedel. Långvarigt ihållande bilaterala konvulsiva anfall (ex. generaliserade tonisk-kloniska) innebär en hög risk för allvarliga neurologiska sequele och mortalitet. Akutbehandlingsalgoritmer är traditionellt optimerade för effektiv behandling av dessa.

Liksom vid alla anfallstillbud är bedömning av symptomen och symptomprogression avgörande för att misstänka Status epilepticus och initiera behandling. Hos barn förekommer många paroxysmala tillstånd som kan misstas för epileptiska anfall där sederande behandling inte rekommenderas, t.ex. funktionella anfall.

Hos barn med tidigare känd epilepsi bör doser och ibland preparatval anpassas. Inhämta information från vårdnadshavare samt journal om ev. behandlingsplan eller behandling som fungerat bäst vid tidigare Status epilepticus. Individer med svårbehandlad epilepsi kan ha vissa anfallstyper där man beslutat att vänta längre tid eller inte ge extra anfallsbrytande behandling alls trots långvariga anfall, när risken för biverkningar överväger nyttan.

Detta PM baserar sig på Svensk Neuropediatrik Förenings riktlinje för behandling av status epilepticus hos barn > 1 månad och förtydligar våra lokala handläggningsrekommendationer. Se det nationella vårdprogrammet för illustrerad behandlingsalgoritm och fördjupad information ([Vårdprogram - Svensk Neuropediatrik Förening](#))

Generella åtgärder

Vid start av anfall eller inför ankomst till akuten:

Larma personal inkl. barnprimärjour eller avdelningsansvarig läkare och säkerställ handläggning enligt ABCDE. Starta syrgasbehandling, sätt intravenös infart och kontrollera B-glukos. Dokumentera tid för anfallsstart och fortlöpande givna läkemedel.

Provtagning/tidig utredning

Alla: B-glukos, blodstatus, leverstatus, Na, K, kreatinin, Ca, CRP, blodgas.

Överväg: Intoxikationsprover och odlingar.

Överväg: Akut DT hjärna vid tecken till förhöjt intrakraniellt tryck.

Lokala anpassningar i behandlingsalgoritmen:

Steg 1: Om IV/IO infart inte finns rekommenderas i första hand intramuskulärt midazolam eftersom midazolam 5mg/ml finns i alla barnakutvagnar och intramuskulär administrering är snabb och säker. Om patienten har egen Buccolam och detta är ordinerat för vårdtillfället kan Buccolam användas istället för i.m. midazolam (ålderberoende dosering, se ePed).

Steg 2: Narkosläkare bör larmas senast efter behandling givits enligt steg 2, invänta ej effekt först.

Steg 3: Här rekommenderas som standard endast Levetiracetam för barn >1 år då den har likvärdig effekt med fosfenytoin och valproat på gruppnivå men ger lägre risk för biverkningar. Andra antiepileptika kan övervägas i enskilda fall, se då nationell riktlinje.

Behandlingsalgoritm: Konvulsivt status epilepticus

**Notera tid. Ge syrgas. Parallell handläggning enligt ABCDE. Koppla POX.
Kontrollera B-glukos. Etablera intravenös infart.**

**Om 1 dos bensodiazepin är given prehospitalt, gå till Steg 1.
Om 2 doser bensodiazepin är givna prehospitalt, gå till Steg 2.**

Steg 1 (3 minuter efter anfallstart)

Om i.v./i.o. infart: Midazolam 1 mg/ml, 0,2 mg/kg, max 7,5 mg, IV/IO. Ges på 30-60 sek.

Om ingen infart:

Midazolam 5 mg/ml: 0,3 mg/kg. max 10 mg intramuskulärt. Hela dosen ges direkt.
Om patienten har egen Buccolam kan istället denna ges i patientens ordinerade dos.

Steg 2 (5 minuter efter steg 1)

Intravenös eller intraosseös infart ska vara etablerad.

Ge Midazolam 1 mg/ml, 0,2 mg/kg, max 7,5 mg intravenöst/intraosseöst på 30-60 sekunder.

Förbered steg 3. Späd/dra upp levetiracetam/fenobarbital eller alternativ och larma narkos.

Steg 3 (5–10 minuter efter steg 2)

Narkos ska vara larmad

Barn >1år: Levetiracetam 60 mg/kg, max 4500 mg, IV/IO. Ges på 5 minuter.

Barn <1år: Fenobarbital (Fenemal) 20 mg/kg IV/IO, ges på 15 minuter. Kontrollera andning och blodtryck. Vid pågående underhållsbehandling med fenobarbital ges 5 mg/kg.

Steg 4 (15–20 minuter efter steg 3)

Intubering och sövning snarast möjligt. Narkosläkare avgör val av preparat. Patienten inlägges på IVA. Om narkos ej är möjlig kan andra antiepileptika övervägas, se nationellt PM och ePed.

Uppkoppling av kontinuerlig EEG övervakning (cEEG) för att följa behandlingseffekt.
Se riktlinje ”Kontinuerligt EEG på IVA länssjukhus”.

Vid framgångsrik behandling på steg 1-3 men förnyade anfall, följ åtgärdsstrappan och överväg midazolaminfusion om anfallet bryts på steg 1-2. Ge ej ny dos av tidigare given medicin på steg 3. Se nationellt PM.

Svårbehandlade Status epilepticus

Vid Status epilepticus som ej svarat på behandling enligt steg 3 (refraktära) eller steg 4 (superrefraktära) är risken för allvarlig bakomliggande akutsymptomatisk genes stor. Vid oklar orsak bör akut DT-hjärna med kontrast (alt. MR) göras även hos patienter med tidigare känd epilepsi. Initial behandling för att täcka CNS infektioner och utredning med lumbalpunktion (tag extrarör) efter DT/MR skall övervägas.

För yngre barn (upp till <2 år) kan ex-juvantibus behandling med vitamin B6 testas. Innan behandling skall blodprov s-pipekolsyra tas. Behandling ges under övervakning och aEEG/CFM monitorering på IVA eller avd 34. Risk finns för hypotension och apné.

Ge 150 mg/dos (oberoende av vikt) av Pyridoxin 25 mg/ml, vid utebliven effekt upprepas dosen var 5-10:e min upp till totaldos max 500 mg. Observera att uteblivet svar ej helt utesluter B6-beroende epilepsier.

Vid fortsatt oklar genes och/eller superrefraktärt Status epilepticus behöver kontakt tas skyndsamt med barnneurologkonsult/barnpileptolog på Drottning Silvias Barnsjukhus för att planera ev. överflytt till BIVA och rikta fortsatt utredning samt behandling.

Icke-konvulsivt Status epilepticus

Icke-konvulsiva anfall kan ha mycket fluktuerande och varierade symptom samt grad av medvetandepåverkan. De kan ha subtila motoriska symptom såsom automatismer, men innebär ej samma skaderisker som konvulsiva anfall och bör endast i undantagsfall behandlas med sövning (Steg 4). EEG kan behövas för att bekräfta diagnos och ofta för att säkerställa behandlingssvar. EEG bör därför göras snarast möjligt och cEEG bör kopplas vid återkommande/ihållande symtom. Se rutin ”Kontinuerligt EEG på IVA länssjukhus”. Icke-konvulsivt status kan utvecklas till konvulsivt status eller efterfölja ett behandlat konvulsivt status epilepticus. Vid utebliven behandlingseffekt på behandlingssteg 1-3 bör barnneurolog/barnpileptolog konsulteras dag/kvällstid och barnbakjour DSBS alternativt BIVA nattetid. Se nationellt PM.

Midazolaminfusion på vårdavdelning

Övervägs som förlängd behandling vid långvariga status eller reciverande anfall som svarat väl på midazolam. Se ePed för spädningsinstruktioner. Se nationellt PM för dosering. Börja med 0,05 mg/kg/h. Kan trappas upp till som mest 0,2 mg/kg/h på vårdavdelning. Vid högre doser vårdas patienten alltid på IVA.

Kontroller: Vid nystartad midazolaminfusion **skall** patienten ha vak. Monitorera vakenhetsgrad, puls, andning, BT, andningsfrekvens och saturation (använd monitorövervakning på avdelning). Vid kliniskt stabilt tillstånd under pågående infusion kan patienten vara med vaken förälder på eget rum.

Andningsdepression/blodtrycksfall: Tillkalla narkosläkare och barnläkare. Vanligtvis räcker fysisk stimulering och stoppad tillförsel för att häva andningsdepression, men i undantagsfall kan på läkarordination ges antidot Lanexat 0,1 mg/ml, 0,003–0,01 mg/kg, ges på 15 sekunder.

Uttrappning: Utvärdera behandlingseffekt utifrån kliniska symtom och ev EEG. Nedtrappning inleds efter 12 timmars anfallsfrihet och trappas vanligtvis ut under 12–48 timmar. Långsammare vid långvarig behandling/hög infusionstakt. Vid okomplicerat förlopp kan nedtrappning övervägas efter 3–6 timmar.

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: NU10035-1983749542-419

Version: 3.0

Giltig från: 2026-08-26

Giltig till: 2028-08-26