

Handläggning av förstagångs epileptiskt anfall

Bakgrund

Ett epileptiskt anfall definieras som en övergående förekomst av symptom och/eller tecken på patologiskt ökad synkron neuronal aktivitet i hjärnan. Beroende på lokalisation, utbredning och intensitet kan den kliniska bilden variera: sekundlånga motoriska och sensoriska fenomen, korta medvetandestörningar, komplexa anfallsmönster med ryckningar i extremitet, automatismer och/eller dysfasi, med eller utan medvetandepåverkan och klassiska bilaterala tonisk-kloniska anfall. Oftast är anfallsdurationen inte längre än två minuter avseende den iktala fasen.

Vid fokala anfallsstart är risken att få ytterligare anfall högre.

Den efterföljande postiktala fasen kan ha duration från minuter till flera dagar och kännetecknas av tex konfusion, talstörning, pares och psykiatriska tillstånd (depression, aggressivitet, psykoser).

Det finns många differentialdiagnoser vid paroxysmala neurologiska symptom. Anamnes och vittnesbeskrivning är helt avgörande för att ställa rätt diagnos.

Sammanfattning/syfte

Syftet med denna rutin är att säkerställa ett gott omhändertagande av patienter med förstagångs epileptiskt anfall.

Klinisk bedömning

1) Var det ett epileptiskt anfall? För att avgöra detta behövs det en så detaljerad *anfallsbeskrivning och vittnesbeskrivning som möjligt*.

Diagnosen beror till stor del på det

- Läs ambulansjournal
- Prata personligen med ett vittne
- Prata med patienten (patienten bör ha åtminstone partiell amnesi för anfallet och den första postiktala fasen, förutom vid fokala anfall utan medvetandestörning)

För ett epileptiskt **bilateralt toniskt kloniskt anfall** talar

- Postiktal konfusion
- Huvudvridning
- Initial tonusökning (sträckning, faller raklång)
- Lateralt tungbett
- Långvariga ryckningar i extremiteter (OBS! Konvulsivt synkope: ryckningar i några sekunder)
- Cyanos under pågående anfall
- Medvetandeförlust >5 minuters duration
- Postiktal förvirring/medvetandesänkning
- Förhöjt laktat (normaliseras inom några timmar efter anfall)

För **synkope** talar:

- EKG med arytmier eller ischemi
- Obskurationsfenomen *före* anfall (svartnar för ögonen)
- Svetteutsläpp/illamående/matthet före medvetandeförlust
- Att lägga sig ner har tidigare kunnat förbygga medvetandeförlust
- Blekhet, långvarigt stående *före* medvetandeförlusten
- Initialt slapp=tonusförlust=sjunker ihop
- Direkt reorientering vid uppvaknandet
- Duration < 1 minut

För **funktionellt anfall** talar bland annat

- Slutna ögon, motstånd mot ögonöppning
- Gradvis anfallsstart
- Bett i tungspets
- Långdragna motoriska anfall utan cyanos
- Alternierande rörelser, tex huvudskakning från sida till sida
- Att observatören kan få patienten att ändra motorik under anfall
- Snabb återhämtning

Fokala neurologiska **anfall** kan se mycket olika ut, men gemensamt är att den enskilde patientens anfall ofta är likadana från gång till gång.

Om misstanke kvarstår att det rör sig om ett epileptiskt anfall:

efterfråga aktuella anfallsprovocerande faktorer, hereditet, tidigare CNS-infektioner, skalltrauma samt hos yngre patient komplikation vid födseln.

2) Var anfallet provocerat/akutsymtomatiskt eller oprovocerat?

Epileptiska anfall betecknas som akutsymtomatiska om provocerande faktorer föreligger i tillräcklig grad. Följande är de vanligaste orsakerna

- Infektion med CNS-påverkan (meningit, encephalit, abcess)
- Intoxikation/abstinens
 - Tramadol är starkt anfallsprovocerande även i terapeutiska doser
- Cerebral infarkt eller blödning
- Fokala intracerebrala förändringar av annan genes
- Metabola orsaker: allvarlig elektrolyttrubbning, hypoglykemi, hypocalcemi

Sömnbriest, stress, feber, blinkande ljus mm kan provocera anfall *om epilepsi föreligger*, men inte hos andra.

Handläggning

1. Var det ett epileptiskt anfall?

Säkerställ anfallsbeskrivning, vittnesbeskrivning (ring vittne!), inklusive eventuell postiktal fas. Se tips ovan. Notera detta tydligt i journal! Utredning och uppföljning beror till stor del på det.

2. Basal utredning

- Bedömning enligt ABCDE
- allmänsomatisk statusundersökning
- neurologisk statusundersökning
- basala laboratorieprover (**blod-, lever- och elstatus, CRP, laktat, p-glukos, s-etanol, B-PEth**)
- B-PEth analyseras inte akut. När svar kommer: skicka uppgiften vidare till den instans pat remitteras till vid hemgång från akuten (oftast neurologen eller vårdcentral)
- Om droger ej helt uppenbart inte intagits: **drogplatta**
- EKG

3. Handlägg bakomliggande orsak vid akutsymtomatiskt anfall

- Se tips om möjliga orsaker ovan

•

4. CT hjärna utan och med kontrast

- För både provocerade och oprovocerade anfall
- **OBS:** tidigare rutin att utan föregående CT remittera förstagångs epileptiska anfall enligt SVF maligna hjärntumörer har upphört. Om CT hjärna med kontrast inte visar tumör är SVF inte längre aktuellt.

- **OBS: skriv tydligt i röntgenremissen/frågeställning att patienten haft förstagångskrampanfall.**
 - På indikation förstagångskramp/SVF primära maligna hjärntumörer görs CT med kontrast inom några timmar, oavsett tid på dygnet

5. Vårdsnivå

- **Slutenvård** om patienten ej är återställd (kontakta anhörig om oklart habitualltillstånd) samt vid misstanke om akut bakomliggande sjukdom (stroke, infektion, trauma mm). **Patienten bör vårdas på avdelning med kompetens att behandla bakomliggande orsak.**
- **Poliklinisk vård** om patienten är återställd och i gott allmäntillstånd
 - **Meddela 6 månaders körförbud preliminärt!** Efterfråga körkortsbehörigheter. Sjukskriv yrkeschafför.
 - Provocerade anfall: vid missbruk/abstinens/tramadol skickas remiss till aktuell instans (tex vårdcentral eller psykiatri)
 - Oprovocerade förstagångs epileptiska anfall remitteras till neurologmottagningen, efter CT hjärna med kontrast
 - Vid bakomliggande trolig orsak till epilepsi, såsom genomgången stroke eller hjärnskada: dagtid kontaktas neurologkonsult, kväll och natt skickas allmänremiss
 - Antiepileptisk behandling påbörjas endast efter ordination av neurolog eller annan specialist med erfarenhet av epilepsibehandling
 - Vid remiss till neurologmottagningen beställs eventuellt EEG och MR hjärna av neurolog

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Neurologi-stroke

Innehållsansvar: Hanna Åberg, (hanab1), Överläkare

Godkänd av: Jeanette Faeder, (jeafa2), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10118-83671035-48

Version: 2.0

Giltig från: 2025-11-19

Giltig till: 2027-11-19