

Gäller för: Verksamhet Akutmedicin och geriatrik

Giltig från: 2025-06-23

Innehållsansvar: Linnea Gustafsson, (lingu25), Sektionschef

Giltig till: 2027-06-23

Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad

Godkänd av: Jerker Persson, (jerpe3), Verksamhetschef

Handläggning av epileptiskt förstagångsanfall på Akutmottagningen Sahlgrenska

Förändringar sedan föregående version

Nytt dokument

Bakgrund och syfte

- Att underlätta och säkerställa ett gott omhändertagande av berörda patienter.
- Att säkerställa att korrekt uppföljning och utredning sker.

Patient som har haft ett misstänkt epileptiskt förstagångsanfall. Obs! Vid pågående krampanfall, se separat rutin ”Status epilepticus hos vuxna” [Mall för riktlinje \(vgregion.se\)](#). Handläggande läkare på Akutmottagningen: Akutläkare, Medicinjour eller Neurologjour.

Arbetsbeskrivning

Klinisk bedömning - följande behöver besvaras:

1. Var det ett epileptiskt anfall? Säkerställ anfallsbeskrivning + vittnesbeskrivning (ring)! Anamnes skiljer i de flesta fall från synkope och andra orsaker till medvetandeförlust.
2. Om EP-anfall: Var anfallet provocerat?
3. Är patienten återställd/opåverkad? Neurologiskt, kognitivt, somatiskt!

Handläggning:

4. ABCDE, Nerv- och allmänstatus
5. Differentialdiagnoser: Allvarlig sjukdom som orsak till EP-anfall (infektion, stroke, tumör mm)? Kardiell synkope eller

annan akut cirkulationspåverkan? Vid klinisk misstanke om bakomliggande hjärntumör remittera till SVF primär malign hjärntumör.

6. Basal utredning: EKG + lab (minst CRP + blodgas inkl. krea). Kompletteras vid klinisk misstanke (exv LP, intoxprover). Lägg in om ej återställd enligt punkt 3 samt vid klinisk misstanke om allvarlig sjukdom i tillägg till EP-anfall (stroke, infektion, trauma, påverkad ABCDE).
7. Akut eller subakut DT hjärna utan kontrast (Blödning? Tumör?) på alla patienter med epileptiskt förstagångsanfall. Ange epileptiskt förstagångsanfall i remissen för korrekt röntgenprotokoll. Om återställd patient kan DT göras inom 1 dygn, se lokal rutin "Röntgen på dagtid".
8. Dokumentera anfall och anamnes enligt 1–4 noga, inklusive vittnesbeskrivning. Dokumentera relevant bakgrund (hereditet, tumör-sjukdom, skalltrauma, CNS-infektion etc). Planering!

Kommentarer till arbetsbeskrivning:

1. **Var det ett epileptiskt anfall?** Noggrann genomgång av anamnes, vittnesbeskrivning, basal utredning samt observation på akutmottagningen. Beskriv prodromala symptom, associerade symptom, ev. postiktalitet samt hur vittne beskriver! Ambulansjournal (Ambulink) kan tillföra värdefull information.
2. **Faktorer som talar för ett epileptiskt anfall:** huvudvridning eller initial tonusökning, cyanos, lateralt tungbett (ej tungspets – talar för synkope), långvariga (någon-några minuter) ryckningar i extremiteter och medvetandeförlust med mer än fem minuters duration, postiktal förvirring.
3. **Faktorer som talar för synkope:** EKG med arytm/ischemi eller blåsljud/känd relevant hjärtsjukdom. Obskurationsfenomen (svartnar för ögonen) eller svettningar/illamående före medvetandeförlusten (särskilt om svimning tidigare kunnat förebyggas genom att patienten lagt sig ner), långvarigt stående före, blekhet, tonusförlust (initialt slapp), orienterad vid uppvaknande, duration mindre än en minut. Muskelryckningar är mycket vanliga vid synkope (sk konvulsivt synkope)!
4. **Laktat** är ofta förhöjt efter tonisk-kloniskt EP-anfall, men normaliseras relativt snart (inom någon timme). Lågt laktat utesluter inte EP, och högt laktat ses även vid andra relevanta tillstånd, laktat är därmed en ledtråd men inte i sig diagnostiskt.

5. **Var anfallet provocerat?** Har det rört sig om ett provocerat =”akutsymptomatiskt” epileptiskt anfall? Dvs finns utlösande faktor så som vissa läkemedel, alkohol/abstinens, andra droger, grav elektrolytrubbning (hyponatremi, kaliumrubbning) eller hypoglykemi, pågående CNS-infektion eller skalltrauma de senaste 1–2 veckorna? I synnerhet Tramadol är starkt anfallsprovocerande, även i mindre mängder. Förekomst av någon av dessa faktorer talar för att det rört sig om ett provocerat epileptiskt anfall, vilket i allmänhet inte föranleder remiss till neurolog. Handlägg bakomliggande orsak!
Sömnbrist, blinkande ljus, feber mm kan ses som utlösande faktorer vid EP-sjukdom, men ger inte provocerade anfall hos de utan EP. Följs alltså upp!
6. **Är patienten återställd?** Om patienten är helt återställd somatiskt, neurologiskt och kognitivt krävs inte inläggande observation/utredning. Se vidare punkt 7.
7. **Akut påverkan, bakomliggande allvarlig sjukdom:** Vid påverkad ABCDE eller kliniska tecken på annan/bakomliggande akut åkomma såsom allvarlig infektion, stroke/blödning, trauma, hjärntumör mm, handläggs denna utifrån aktuell misstanke.

Finns anamnes på förändrat hälsotillstånd tiden före krampanfallet – ha hjärntumör i åtanke! Vid klinisk misstanke om bakomliggande hjärntumör remittera till SVF primär malign hjärntumör. Kriterier för SVF framgår i: [Standardiserat förlopp vid misstanke om primär malign hjärntumör](#), och [Standardiserat vårdförlopp maligna hjärntumörer - Regionala cancercentrum i samverkan](#)
8. **Basal utredning:** För patienter som hämtar sig väl och utan större misstanke om akut allvarlig sjukdom så omfattar basal utredning anamnes, status, allmänna prover, EKG, DT hjärna utan kontrast. Prover: Venös blodgas, krea + CRP. Vid riktad misstanke exv. intoxprover, LP.
9. **DT hjärna utan kontrast** görs på samtliga patienter med epileptiskt förstagångsanfall. Om patienten är återställd kan DT, efter muntlig och skriftlig information, göras polikliniskt inom något dygn – boka från akutmottagningen enligt “Röntgen på dagtid”. Viktigt att i remisstext ange epileptiskt förstagångsanfall. Frågeställning i allmänhet: Tumör? Blödning?
OBS: Akutmottagningen/remitterande ansvarar för bevakning av DT-svar. Vid tumör kontakt med neurologjour, för

ställningstagande till inläggning alternativt remiss till subakut poliklinisk utredning via SVF primär malign hjärntumör. Övrig handläggning utifrån fynd.

10. Återställd patient kan skrivas ut och omhändertas polikliniskt (se nedan), **efter information om tillståndet och om körförbud, preliminärt 6 månader**. Patientinformation finns på Team 1 och ska fyllas i och lämnas till patient. För yrkestrafik gäller längre körförbud. Läkare har [anmälningsplikt](#) till Transportstyrelsen, att inte anmäla är bara ok om patienten kan antas följa instruktionen (ge alltid skriftlig info om bilkörning). Vid oklarhet, postiktalitet etc. – lägg in. Inlagd patient bör bedömas formellt av neurologkonsult (ej via telefon) under vårdtillfället, detta ersätter remiss/nybesök på neurologmottagning.

Remiss till neurologmottagning: När oprovocerat förstagångs EP-anfall bedöms troligt enligt ovan, skicka utförlig allmänremiss till Neurologmottagning. I remiss skall framgå hur anfallet tett sig, att rimlig misstanke om EP-anfall finns samt att ingen provocerande/akutsymptomatisk faktor framkommit.

Neurologmottagningen alternativt Neurologkonsult inneliggande ansvarar för ordination av EEG och ytterligare radiologisk utredning (MR). Dessa undersökningar ordinerar alltså inte från akutmottagningen.

Antiepileptisk behandling påbörjas i allmänhet inte från akutmottagningen, det gör Neurologmottagningen. I utvalda fall kan det vara aktuellt att sätta in behandling efter diskussion med neurologjour.

11. **EJ remiss till neurologmottagning:** Patienter med låg misstanke om EP-anfall eller med akutsymptomatiskt anfall följs inte upp av neurolog. Ev utredning/uppföljning sker utifrån klinisk bild, till exempel missbruk, utlösande läkemedelsbehandling, synkope, mm. OBS: EEG är av mycket litet värde om anamnes/klinik ej talar för epilepsi.
12. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i journalsystemet om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från styrdokumentet rapporteras i MedControl PRO.

Arbetsgrupp/Innehållsansvarig

VÖL Ep-team Sahlgrenska samt sektionschefer Neurologi och Akutmottagning ansvarar för att rutinen är känd och återkopplar till berörda vid avvikelser.

Akutmottagningen ansvarar för uppdatering.

Referenser

Practice Parameter: evaluating an apparent unprovoked first seizure in adults (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Epilepsy Society. Krumholz et.al. Neurology. 2007 Nov 20;69(21):1996-2007.

ABC om akut handläggning av epilepsi. Zelano J, Kumlien E. läkartidningen nr 46 2010 volym 107:2891-2895.

Svenska epilepsisällskapets PM Basal utredning, Lindberger M, 2012

Transient loss of consciousness (blackouts) in adults and young people. NICE guidelines. G Rogers, N O'Flynn, British Journal of General Practice, January 2011.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Akutmedicin och geriatrik

Innehållsansvar: Linnea Gustafsson, (lingu25), Sektionschef

Granskad av: David Larsson, (davla6), Specialistläkare, Nina Lagerström, (ninla5), Specialistläkare

Godkänd av: Jerker Persson, (jerpe3), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9772-1276147733-216

Version: 4.0

Giltig från: 2025-06-23

Giltig till: 2027-06-23