

1 DEFINITION STATUS EPILEPTICUS

Epileptischer Anfall > 5min oder ≥ 2 aufeinander folgende Anfälle über einen Zeitraum von mehr als 5min ohne Wiedererlangen des präiktalen Zustandes ("kein Wachwerden").

2 VORGEHEN

- **ABC-Stabilisierung** (15l O₂), vor Verletzungen schützen
- Frühzeitig: **Medikamentöse Therapie**
- Fokussierte Anamnese, ggf. Fremdanamnese
- **Neuro-Untersuchung** (insb. fokal neurologisches Defizit)
- Fokussierte **Trauma-Untersuchung** (Begleitverletzungen?)
- **BGA** mit Elektrolyten, mindestens **BZ-Messung**

! HÄUFIGE URSACHEN

- | | |
|----------|---|
| B | Blutzucker (Hypoglykämie) |
| I | Infektion (insb. Meningitis) |
| T | Trauma (insb. Schädel-Hirn-Trauma) |
| T | Toxin (Alkohol, -Entzug, andere Intoxik.) |
| E | Elektrolyte (insb. Hyponatriämie) |
| N | Neurologie (Epilepsie, Stroke, Raumford.) |

3 THERAPIE

Ziel: Schnellstmögliche Durchbrechung des Status, stufenweise Medikation, **Unterdosierung vermeiden**

Stufe 1 Benzodiazepin	Lorazepam	oder	Midazolam
	0,1mg/kg i.v. (max. 4mg pro Gabe)		0,2mg/kg i.v. (max. 10mg pro Gabe)
Ggf. 2. Bolus nach 5 min			

Stufe 2 Antikonvulsiva	Levetiracetam	oder	Valproat
	60mg/kg i.v. (max. 4500mg)		40mg/kg i.v. (max. 3000mg)

Stufe 3 Narkoseeinleitung + Intubation

Beispielnarkose mit Fokus Propofol + (Es)ketamin

Propofol (1-)2mg/kg i.v.
+Esketamin 0,5 (-1)mg/kg i.v.
+Rocuronium 1,2mg/kg i.v.

Bei rein fokalem Anfall ohne Bewusstlosigkeit
 ggf. auf Narkose verzichten, alternative
 Antiepileptika nach RS Neuro.

4 DIFFERENZIALDIAGNOSE: DISSOZIATIVER ANFALL

Unterschiedlichste Symptomatik (von krampfartigen Entäußerungen bis zu „Erstarrung“, Bewusstseins-einschränkung variierend, oft asynchron) *ohne* Auffälligkeiten im EEG. Bei einzelnen Patient:innen meist ähnliche, wiederholte Subtypen. Symptomatik ist durch Pat. *nicht* kontrollierbar (**nicht „gespielt“!**). Einige Pat. tragen Armbänder o.Ä. mit Hinweisen zur Erkrankung. **Wichtigste Maßnahme: Ruhe!**
Bei Unklarheit zunächst Therapie wie bei epileptischem Anfall!

5 PRÄKLINIK - EINSATZTAKTIK

- Häufigster Fehler: **Zu niedrig dosierte Benzodiazepine**
- Etablierung i.v.-Zugang baldmöglichst (initial **in.** / **im.** möglich: z.B. **Midazolam 10mg** (≥ 40 kg))
- Intubationsbereitschaft herstellen
- Krankenhaus mit Neurologie und Intensivstation anfahren, Voranmeldung
- **BZ Messung** nicht vergessen
- Anfallssemiologie extrem wichtig, ggf. **Fremdanamnese** detailliert einholen
- Nach Stabilisierung Untersuchung auf Begleitverletzungen

