

BASAL UTREDNING VID EPILEPTISKA ANFALL OCH EPILEPSI

(Martin Lindberger)

En noggrann anamnes inklusive vittnesuppgifter är av stor vikt för att ställa korrekt diagnos.

MRT är en mer känslig metod för att identifiera epileptogena lesioner än DT och bör utföras på alla patienter med oklar etiologi.

EEG kan ge stöd för diagnos och klassifikation men normalt EEG utesluter **inte** epilepsi.

Tag ställning till behovet av differentialdiagnostik, särskilt synkope/kardiell utredning som är den potentiellt allvarligaste differentialdiagnosen.

Informera om att det finns medicinska hinder för bilkörning.

Epilepsi innebär att upprepade oprovocerade epileptiska anfall uppträder. Ett första epileptiskt anfall är en engångsföreteelse i ungefär 60 % av fallen. Hos patienter som haft två epileptiska anfall är risken för ytterligare anfall cirka 70 % (1). Diagnos ställs som regel efter två oprovocerade anfall. Det förekommer dock att diagnos ställs även efter enstaka anfall om utredningen påvisar att recidivrisken är hög t. ex vid vissa strukturella lesioner såsom maligna hjärntumörer eller om EEG visar en för juvenil myoklon epilepsi typisk bild.

Den basala epilepsiutredningen inleds många gånger på akutmottagning för att senare slutföras på neurologmottagning. Det är också vanligt att hela utredningen sker på neurologmottagning. Här beskrivs den basala utredningen dels i akutskedet efter ett första misstänkt epileptiskt anfall, dels den vidare polikliniska utredningen på neurologmottagning. Handläggning av pågående anfall på akutmottagning berörs således inte i detta sammanhang.

Utredningen syftar till att besvara följande frågor:

1. Har patientens anfall varit av epileptisk natur?
2. Vilken typ av epileptiska anfall har patienten?
3. Vilken är den sannolika orsaken till patientens epileptiska anfall?
4. Finns påtaglig risk för anfallsrecidiv?

Anamnes

En noggrann anamnes inklusive vittnesuppgifter är av yttersta vikt för att ställa korrekt diagnos. Anamnesen bör innefatta:

- Detaljerad symtombeskrivning
 - Fokala epileptiska symtom utan medvetandestörning är som regel kortvariga (sekunder till minuter) och stereotypa.
 - Vid medvetandestörning, efterfråga vittnesuppgifter om automatismer t.ex upprepad sväljning, tuggörelser, stereotyp motoriskt beteende
- Omständigheter när symtomen inträffade
 - Symtom föregångna av en emotionellt laddad situation kan tala för psykogent utlösta icke epileptiska symtom
- Tidpunkt på dygnet för symtomen, eventuell relation till sömn
 - Epileptiska anfall inträffar inte sällan i sömnen, ofta i relation till insomnande eller uppvaknande
- Kroppsläge, relation till ansträngning
 - Relation till uppresning, långvarigt stående eller fysisk ansträngning kan indikera synkope/kardiell genes
- Tänkbara utlösande faktorer
 - Blinkande ljus, alkoholabstinens, läkemedel, uttalad sömnbrist
- Återhämningsfas
 - Kort återhämningsfas utan konfusion kan tala för synkope, längre återhämningsfas med konfusion kan ge misstanke om epileptiskt anfall
- Samsjuklighet
- Predisponerande sjukdomar tidigare i livet
 - T.ex feberkramper, skalltrauma, stroke, infektion i hjärna eller hjärnhinnor
- Ärftlighet

Akut utredning av vaken patient som inkommer efter ett första misstänkt epileptiskt anfall.

Minst 30 % av förstagångsanfall är akutsymtomatiska, vilket innebär att de inträffar i nära tidsmässig relation till akut CNS-skada som kan vara metabol, toxisk, strukturell, infektiös eller orsakad av aktiv inflammation. Tidsintervallet mellan skada och anfall kan variera beroende på etiologi. Som regel bedöms anfall som inträffar under de första sju dagarna efter stroke, traumatisk hjärnskada, intrakraniell kirurgi eller den aktiva fasen av CNS infektion, som akutsymtomatiska. (2). Den akuta utredningen inriktas på att utesluta akut behandlingskrävande sjukdom och omfattar, förutom anamnes enligt ovan, följande:

- Hjärtstatus inklusive blodtryck
- Lungstatus
- Neurologisk undersökning
- Lokalstatus inklusive skalp och munhåla (trauma, lateralt tungbett, tandskada)
- EKG
- Temperatur
- Blodprov (blodstatus, CRP, leverstatus, elektrolyter, P-glukos, P-Ca, urinsticka)
- DT hjärna
- Vid behov: intoxikationsprover, LP

Evidens saknas för att rutinmässig undersökning i akutsituationen med intoxikationsprover, LP och DT hjärna är av värde (3) men DT hjärna ska göras på vid indikation för att utesluta akut behandlingskrävande orsak och har därför tagits upp bland rutinåtgärderna i den akuta utredningen.

Patient med misstänkt epileptiskt anfall ska informeras om att det finns medicinska hinder för bilkörning. Grundregeln är minst 6 månaders körförbud efter ett första epileptiskt anfall och minst 1 års körförbud vid återkommande anfall. Vid körkort för högre behörighet (C,D,E), lastbil, buss och taxi, gäller minst 5 års körförbud efter första anfallet, och minst 10 års anfallsfrihet efter följande anfall. Patientens epilepsi ska vara utläkt under det körförbud som föreskrivs för yrkesförare. Det innebär att de föreskrivna 5 respektive 10 anfallsfria åren ska vara utan antiepileptisk behandling. I övrigt hänvisas till regler för körkortsinnehav TSFS

2010:125 transportsyreliens hemsida (www.transportstyrelsen.se) . Sjukskrivning kan bli aktuell under en omställningsperiod.

Uppföljning/poliklinisk utredning

När det gäller patient som följs upp efter akutbesök är som regel förnyad anamnes motiverad då tidspress på akutmottagning inte alltid medger att anamnesupptagandet blir optimalt.

Patienter med ett första oprovocerat epileptiskt anfall ska genomgå neuroradiologi och flertalet ska undersökas med EEG. För äldre patienter med epilepsi efter stroke där restillståndet efter stroke utgör tydligt fokus är dock EEG av tveksamt diagnostiskt värde.

Neuroradiologi

MRT är en mer känslig metod för att identifiera epileptogena lesioner än DT och bör utföras på alla patienter som har epilepsi med oklar etiologi (4). Hos äldre patienter är det rimligt att inleda den neuroradiologiska utredningen med DT hjärna eftersom undersökningen som regel kan identifiera de vanligaste orsakerna till epilepsi (stroke, CNS trauma, demens, tumör) hos dessa patienter.

EEG

EEG kan ge stöd för diagnos och klassifikation men normalt EEG utesluter **inte** epilepsi. Vid återkommande anfall kan upprepade EEG-undersökningar vara av värde. Sömn-EEG har högre sensitivitet än enstaka rutin-EEG, 80 % jämfört med 40 %. Anfallsregistrering är värdefullt vid frekventa attacker av oklar natur.

Synkope/kardiell utredning

Utredning av synkope/kardiell orsak bör ske på vid indikation eftersom det utgör den potentiellt allvarligaste differentialdiagnosen.

Uppföljning

Körförbud gäller som regel minst i 6 månader. Återbesök bör ske efter slutförd utredning för information beträffande diagnos, vidare handläggning och eventuell behandling.

Referenser

1. Berg, A.T., Risk of recurrence after a first unprovoked seizure. *Epilepsia*, 2008. 49 Suppl 1: p. 13-8.
2. Beghi E, Carpio A, Forsgren L, Hesdorffer DC, Malmgren K, Sander JW, Tomson T, Hauser WA *Epilepsia*, 2010. 51(4):671-75.
3. Krumholz, A., S. Wiebe, G. Gronseth, S. Shinnar, P. Levisohn, T. Ting, et al., 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. *Neurology*, 2007. 69(21): p. 1996-2007.
4. Recommendations for neuroimaging of patients with epilepsy. Commission on Neuroimaging of the International League Against Epilepsy. *Epilepsia*, 1997. 38(11): p. 1255-6.