

Status epilepticus – evidensbaserade terapiråd

BMJ Det är välkänt att patienter med epilepsi har en överdödlighet orsakad av de epileptiska anfallen. Långvariga anfall och status epilepticus är särskilt livshotande. Med status epilepticus menar man en anfallsaktivitet som håller på mer än 30 minuter eller upprepade anfall utan att patienten återfår medvetandet. Behandlingen vid status epilepticus har diskuterats i ett flertal artiklar i den epileptologiska fackpressen senaste åren.

Patienter med långdragna anfall kommer dock på akutmottagningar oftast i kontakt med läkare utan specialkompetens inom epilepsivård. Det är därför värdefullt att man i en bred medicinsk tidskrift som BMJ publicerar en artikel om status epilepticus och för fram synpunkter på behandlingen.

Inte bara personer med epilepsi drabbas av status epilepticus. I cirka hälften av fallen har patienten inte en tidigare känd epilepsi. Tillståndet är relativt vanligt och drabbar 10–60 per 100 000 personer och år. I en medelstor svensk stad kan man alltså förvänta sig minst ett tjugotal fall per år, och hälften av dessa gäller ett konvulsivt status epilepticus. Diagnosen torde inte vara svår att ställa vid ett konvulsivt status epilepticus, medan ickekonvulsiva tillstånd kan vara svårvärderade. I artikeln påpekas vikten av att misstänka epileptogen genes vid oklara konfusionstillstånd.

Behandlingsmässigt ger artikeln en sammanfattning av data kring de primära åtgärderna. Studier där diazepam jämförts med lorazepam redovisas. Även om skillnaderna i behandlingsresultat inte är stora väger de över till lorazepams fördel. Rent farmakokinetiskt har lorazepam fördelar genom att redistributionen ut i vävnaden är långsammare.

Bland förstahandsbehandlingsmedel tar man också upp buckalt eller intramuskulärt tillfört midazolam. Fördelarna med

denna behandling är att den är tillgänglig i situationer där man inte lyckas få en venös infart.

Fenytoin och fosfenytoin tas självklart också upp – fenytoin har sedan decennier ingått i behandlingsarsenalen vid status epilepticus. Här saknas i artikeln ett resonemang om indikationerna för fenytoin/fosfenytoin i de fall då man ger lorazepam initialt. Diazepam är kortverkande, och även när man fått anfallet att gå över med diazepamtillförsel krävs injektion av fenytoin/fosfenytoin för att anfallen inte ska återkomma. Det råder en viss osäkerhet om detta gäller även efter initial behandling med lorazepam, och BMJ-artikeln försöker inte besvara den frågan.

Ibland upphör inte anfallen trots initial behandling med farmaka i adekvata doser. Man brukar då definiera tillståndet som ett refraktärt status epilepticus. Denna situation berörs ganska kortfattat i artikeln. Det finns inte några randomiserade, kontrollerade studier av behandling vid refraktärt status epilepticus. De vanligaste terapierna är generell anestesi med barbiturater, midazolam eller propofol. Mortaliteten är hög, och hos patienterna som överlever finns risk för neurologiska skador.

Kanske skulle man önskat att artikeln utmynnat i ett förslag till behandlingsprotokoll vid status epilepticus. Trots avsaknad av sådana handfasta råd är artikeln värdefull för dem inom sjukvården som akut omhändertar patienter med status epilepticus. Den ger argument för att vi inom svensk sjukvård ska införa lorazepam som förstahandsmedel vid status epilepticus, och detta har redan skett på många akutmottagningar. Råden om det akuta omhändertagandet och om vilka prov som ska tas är tydliga.

Artikelförfattaren Matthew Walker påminner helt adekvat om två saker som ibland glöms bort i den akuta situationen då en krampan patient kommer till akutmottagningen: Ta koncentrationsprov av antiepileptika innan administrationen av läkemedel börjar och var generös med att ordinera tiamintillförsel!

Birgitta Söderfeldt
birso@inr.liu.se

Walker M. Status epilepticus: an evidence based guide. BMJ. 2005;331:673-7.

Viktigt förebygga fall hos äldre

THE LANCET Från Tammerfors har välrenommerade författare skrivit om en metaanalys och systematisk översikt baserad på sökningar i Medline och PubMed avseende prevention av fall och fallskador – ett viktigt problem inom geriatriken. 30 procent av dem som är 65 år eller äldre och över hälften av sjukhemspatienter faller årligen. Översatt till svenska förhållanden betyder det över 0,5 miljoner människor, och 20 procent behöver medicinsk utredning och vård. Författarna skiljer på enstaka (t ex styrke- och balansträning, kataraktkirurgi och minskning av psykofarmaka och av risker i hemmet) och multipla interventiva strategier. Man diskuterar också höftskydd (effektiva, men svårt med följsamhet) och stöthjälm (osäker effekt och etiska problem).

I metaanalysen finns många exempel på framgångsrika program, men man framhåller också att arbete återstår och att många subgrupper, t ex skräpliga män och patienter med stroke/ demens, behöver studeras mer. Försöks/patientgrupperna behöver vara tillräckligt stora, och fler hjälpmedel behöver studeras.

Det är lätt att hålla med om slutsatserna i artikeln – men även denna goda metaanalys har läsaren svårt att penetrera – man fokuserar dels på att förhindra fallskador, dels på faktorer som kan orsaka fallen. Min uppfattning är att det viktigaste är att förhindra fallen. Den gamla regeln att »använda organen« – muskler, skelett, hjärna, balansorgan, blodtrycksreglering – i vardagslivet kanske är lika bra som »träning« organiserad av andra och att som läkare undvika feldoserad blodtrycksbehandling och psykofarmaka. Med stor uppmärksamhet i vardags-sjukvården torde mycket vara vunnet. Jag tror dock att de program som föreslås är väl motiverade också i Sverige, men också epidemiologer och geriatriker måste vara med.

Fall är komplicerat – inom prevention, diagnostik, terapi och rehabilitering. En god brittisk vän – också geriatrikprofessor – gav i min ungdom ett faderligt råd: »Om du bara skall hålla ETT föredrag, tala om fall. Då kan du få med nästan allt viktigt inom geriatriken!»

Bertil Steen
bertil.steen@comhem.se

Kannus P, et al. Prevention of falls and consequent injuries in elderly people. Lancet. 2005;366:1885-93.

»Den ger argument för att vi inom svensk sjukvård ska införa lorazepam som förstahandsmedel vid status epilepticus, och detta har redan skett på många akutmottagningar.«