

## 1 DEFINITION STATUS EPILEPTICUS

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

## 2 VORGEHEN

- **ABC-Stabilisierung** (15l O<sub>2</sub>), 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)
- N** Neurologie (Epilepsie, Stroke, Raumford.)
- T** Trauma / Toxin (SHT, Alkohol, Entzug)
- E** Elektrolyte (insb. Hyponatriämie)

## 3 THERAPIE

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

Stufe 1 Benzodiazepin	<b>Lorazepam</b>	<i>oder</i>	<b>Midazolam</b>
	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	<b>Levetiracetam</b>	<i>oder</i>	<b>Valproat</b>
	60mg/kg i.v. (max. 4500mg)		40mg/kg i.v. (max. 3000mg)

### Stufe 3 Narkoseeinleitung + Intubation

Beispielnarkose mit Fokus Propofol + (Es)ketamin

**Propofol** (1-2)mg/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** ( $\geq 40$ 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

