

# Status epilepticus – präklinische und initiale stationäre Versorgung

Michael P. Malter



Ein Status epilepticus ist ein häufiger neurologischer Notfall. Die Ursachen sind vielfältig, daher kann die klinische Einordnung herausfordernd sein. Das schnelle und sichere Management in der Akutphase ist jedoch prognostisch entscheidend. Dieser Beitrag zeigt, welche Diagnostik und Therapie in der Initialphase eines Status epilepticus hilfreich und sinnvoll sind.

## ABKÜRZUNGEN

<b>cCT</b>	kraniale Computertomografie
<b>CT-HWS</b>	Computertomografie der Halswirbelsäule
<b>EEG</b>	Elektroenzephalogramm
<b>ILAE</b>	Internationale Liga gegen Epilepsie
<b>KG</b>	Körpergewicht
<b>MRT</b>	Magnetresonanztomografie
<b>SE</b>	Status epilepticus
<b>ZNS</b>	zentrales Nervensystem

## Einführung

Ein Status epilepticus (SE) ist ein neurologischer Notfall mit hoher Letalität und Morbidität. Die jährliche Inzidenz in Europa wird auf etwa 10–20 pro 100 000 Einwohner geschätzt [1,2]. Der folgende Artikel beschreibt klinische relevante Aspekte der prähospitalen und initialen stationären Versorgung.

## Definition

Konzeptionell ist ein SE ein prolongierter epileptischer Anfall, bei dem Mechanismen zur Anfallsbeendigung gestört sind oder bei dem Mechanismen initiiert werden, die zu einer abnormen Anfallsverlängerung führen [3]. Der Begriff „prolongiert“ kann pathophysiologisch nicht genau definiert werden. Aus klinischer Sicht wäre es wünschenswert, die Symptombdauer zu kennen, ab wann ein „gewöhnlicher“ Anfall in einen SE übergeht und somit einer intensiven anfallssuppressiven Therapie bedarf und ab welcher Dauer des SE mit Langzeitschäden zu rechnen ist. Anfallsbeobachtungen im Video-EEG-Monitoring zeigten, dass nahezu alle bilateral tonisch-klonischen Anfälle nach weniger als 5 Minuten und fast alle fokalen Anfälle nach 10 Minuten sistieren [4, 5]. Mit zunehmender Anfallsdauer steigt das Risiko für Langzeitschäden. Diese können indirekt durch

## FALLBEISPIEL 1

Es erfolgt die Notaufnahme einer 55-jährigen Patientin mit psychomotorischer Verlangsamung und Desorientiertheit. Die begleitende Tochter berichtet, dass sich die Mutter am Vorabend „unwohl“ gefühlt habe, sei „verlangsamt“ gewesen. Motorische Entäußerungen oder sonstige fokale Defizite seien nicht beobachtet worden.

Die Patientin befand sich 6 Monate zuvor ebenfalls in unserer Behandlung wegen einer Episode mit Sprachstörung. Die damalige erweiterte Diagnostik mit Magnetresonanztomografie (MRT), Elektroenzephalogramm (EEG) in Ruhe und nach Provokation mit Schlafentzug sowie einer Liquordiagnostik erbrachten keine sicheren weiterführenden Hinweise auf eine epileptische Genese der Episode. Die Entlassung erfolgte ohne eindeutige ätiologische Einordnung.

Im aktuellen Untersuchungsbefund findet sich eine verlangsamt reagierende Patientin ohne sichere aphatische Symptome und ohne fokal-neurologisches Defizit.

Im EEG zeigt sich initial der Befund eines Status epilepticus bei interiktual unauffälligem Befund (► **Abb. 1, Abb. 2**).

systemische oder metabolische Störungen wie Hypoxie, Hypoglykämie oder intrakranielle Hypertension hervorgerufen werden oder durch direkte neurotoxische Schäden infolge von Kalziumeinstrom in die Zellen [6, 7]. Diese Vorgänge beginnen nach etwa 30 Minuten. Die alte Definition des SE forderte daher eine Anfallsdauer von 30 Minuten [7] zur Vermeidung von Langzeitschäden, was nach heutiger Auffassung für zu lang erachtet wird.

Die aktuellen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie empfehlen, dass alle Anfälle mit einer Dauer  $\geq 5$  Minuten oder eine Anfallsserie von mindestens 2 Anfällen, zwischen denen keine vollständige Restitution des vorherigen klinischen Zustands erreicht wird, als SE eingeordnet und entsprechend therapiert werden sollen [3]. Durch diese Definition soll gewährleistet