

retts-p

109. retts-p

- **Kramper UNS R56.8**
- **Ryckningar hos spädbarn**
- **Frånvaroattack**

• Meningit/sepsismisstanke

- Upprepade kräkningar
- Huvudvärk
- Trauma mot huvudet
- Hydrocephalus/shunt
- Diabetes el annan metabol sjukdom
- Koagulationshämmande medicinering eller blödningsbenägenhet

- Upprepade kramper hos tidigare friskt barn
- Ökad krampfrekvens senaste dygnet hos barn med känd epilepsi.
- Inget av ovanstående

• Inga gröna i detta ESS-kort



ESS-Vägledning

Meningit/sepsismisstanke

Koagulationshämmande medicinering eller blödningsbenägenhet

Faktaruta

Feberkramp (generaliserad kramp kortare än 15 min utan postiktal trötthet) inträffar hos barn mellan 1 och 4 år.

Vid svimning eller starka känsloutbrott förekommer kramper. Vidare kan man tänka på möjligheten av cerebral infarkt/blödning. En överstående kramp hos ett väsentligen opåverkat barn kan däremot handläggas som GUL.

Frånvaroattack kan hos de minsta barnen indikera sepsis. Status epilepticus innebär ett kontinuerligt ep-anfall eller kortare, tätt återkommande, kramper utan vakenhet mellan anfallen som pågått mer än 30 min.

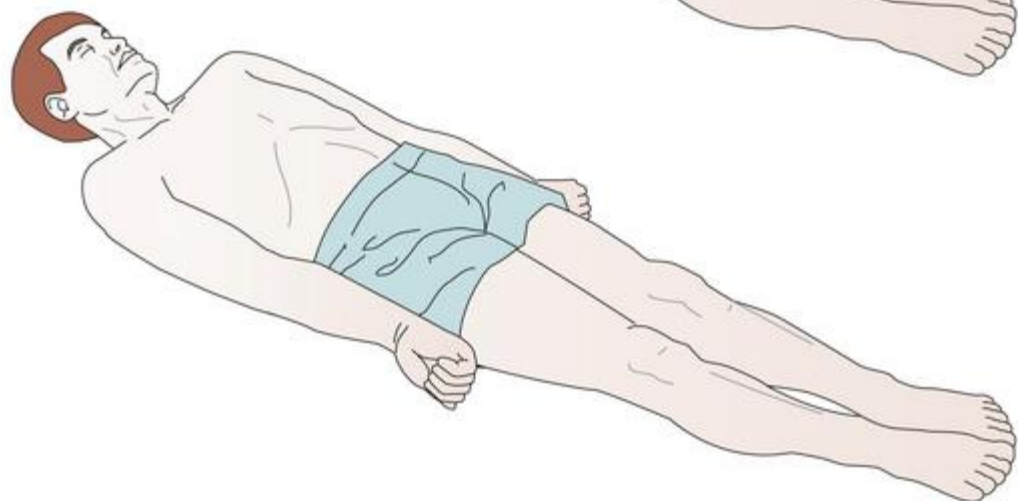
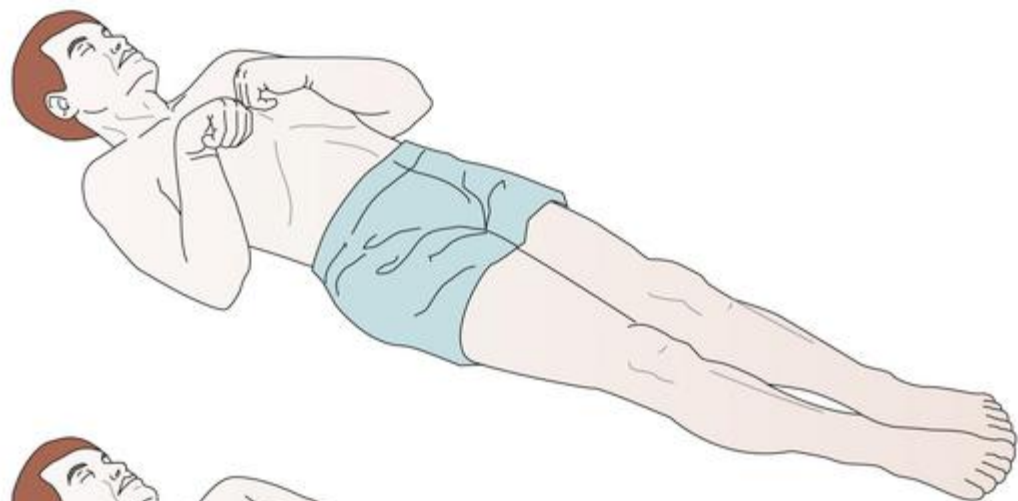
Processåtgärder hospitalt: **Röd:** P-glukos och enl. läkarordination.
Orange: P-glukos, BT, EMLA. **Gul:** P-glukos

1 ÅR				
	RÖD	ORANGE	GUL	GRÖN
A	Ofri luftväg	-	-	-
B	AF < 15 eller >55 SpO2 <93% med O2	AF < 20 eller > 45 SpO2 <93% utan O2	AF < 25 eller > 40 SpO2 93-94%	A S 1
C	Puls < 60 eller >190	Puls < 75 eller >170	Puls < 90 eller >140	P 9
D	RLS 3-8 Pågående kramp	RLS 2	Trött/hängig	A
E		<35°C eller >41°C	-	3

1 ÅR	
	RÖD
A	Ofri luftväg
B	AF < 15 eller >55 SpO2 <93% med O2
C	Puls < 60 eller >190
D	RLS 3-8 Pågående kramp

Akut utredning?

Vad är farligt?



DD vid medvetandepåverkan/kramp

Mod. APLS 5th Edition
D.Björnheden 031-3438076

THE VHIIMP

Trauma

- Intrakraniell blödning/ Hjärnödem /Commotio

Hypoxi

- Respiratorisk svikt/ Cirkulatorisk svikt => se baksida

Epilepsi

- Pågående anfall / Postiktal fas

Vaskulärt

- AVM / Aneurysm/ Stroke / TC

Hypertension

Infektion

- Meningit / Encefalit / Abscess

ICP↑

- Hydrocefalus / TC / Shunt dysfunktion

Metabolt

- Hypoglykemi_ /Leversvikt / Njursvikt / IEM
Elektrolytrubbningar / Hypotermi / Hypercapnae

Poisoning

- Alkohol/ Opiater /(Nät)droger / m.m.

Status epilepticus

Vanligt!

Farligt!(CSE)

2-7% mortalitet

Minskade möjligheter för kroppen att kompensera för **ökad hjärnmetabolism**,
ökad sympaticustonus och **ihållande muskelaktivitet**.

- Hypoxi, Hypertermi, Acidosis, Rabdomyolys,
Hjärnödem, Hyperkalemi, Lungödem, Cirkulatorisk kollaps.
- **Risk för irreversibla hjärnskador.**

Behandla tidigt och aggressivt!

När blir ett krampanfall ett Status Epilepticus?

Efter 3 minuter

Efter 5 minuter

Efter 20 minuter

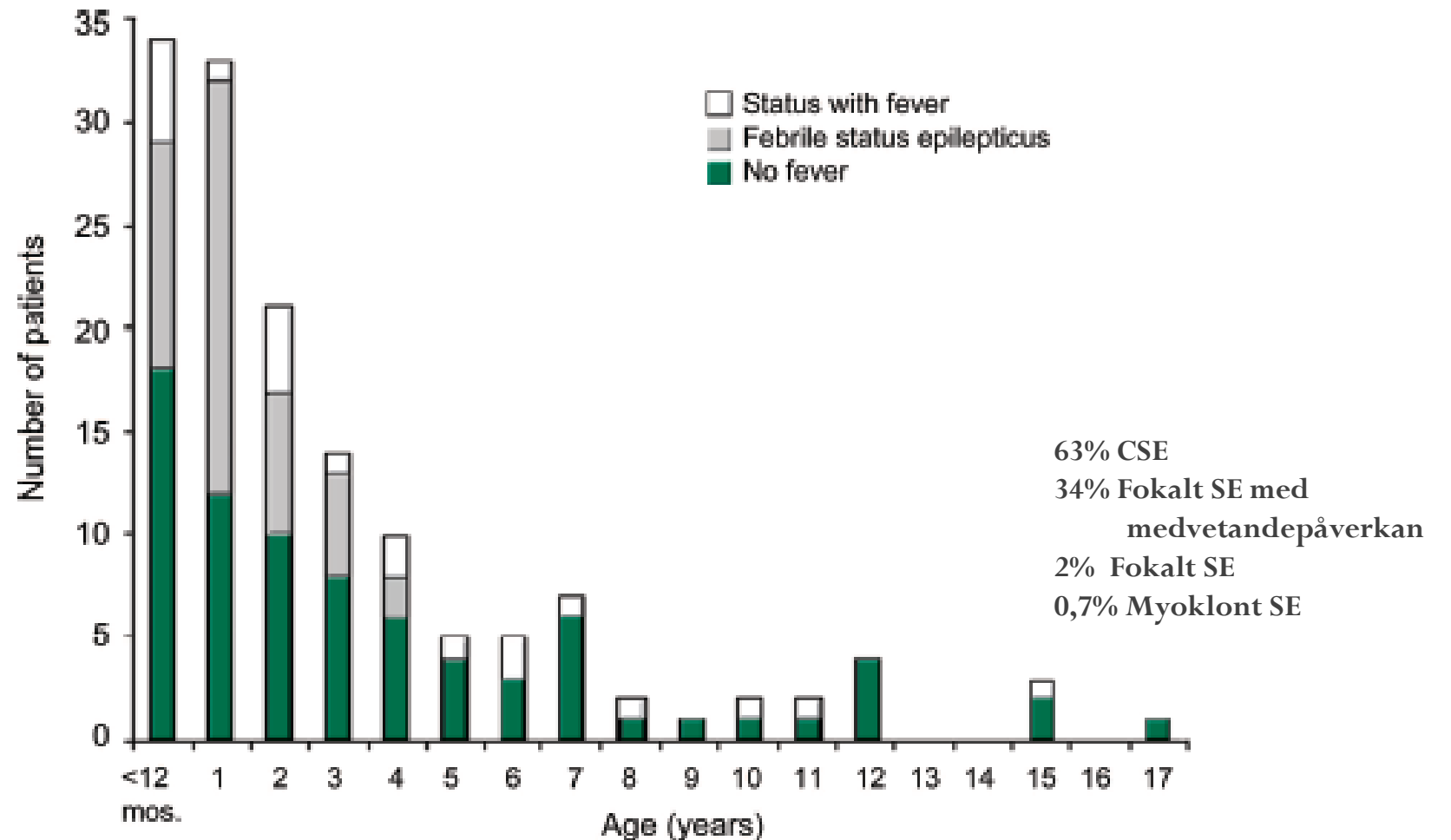
Efter 30 minuter

Det beror på...

Etiologi

Små barn!
Oftast konvulsivt!

Figure 1 Age distribution of new-onset status epilepticus



The distribution of age is positively skewed. Those with true febrile status epilepticus (≥ 38.0 °C) are shaded in gray, with the greatest distribution less than 2 years of age. Patients who presented in status epilepticus with a fever, but not febrile status epilepticus, spanned all ages.

Etiologi till *bekräftat* SE*

* Inget annat som rycker eller spänner...

Akut utredning!

LAB

NEURORADIOLOGI

EEG

Acute symptomatic ~47%* (17**)

Febril infektion, CNS-infektion, vaskulärt, elektrolytrubbning, trauma, intox...

Remote symptomatic/Ep

Postinfektiöst, poststroke, posttumor, missbildningar, IEM...

*Förstagångs

** Totalt

0-5 min

- Epileptiskt anfall
→ Stabilisering/ Akututredning

5-20 min

- Early CSE
→ Första behandlingsfasen del I-II

20-40 min

- Established CSE
→ Andra behandlingsfasen

40-60 min

- Refractory CSE
→ Tredje behandlingsfasen

Vad gick fel på ED?

- Ej hänsyn till taget lab-svar!
- Fel bensodiazepin-dosering!
- Lång tid till andra behandlings fasen!
- Lång fördröjning till 3 beh.fasen (narkos)!

Barnaspekter på SE

- SE är förstagångsanfall hos 75%.
 - Av dessa får bara 30% senare epilepsidiagnos.
- Lägre mortalitet än hos vuxna (*speglar etiologin!*)

Dock svårt att skilja ut SE-komponent från etiologin.
- Vanligare med återfall.
- Oftare infektiösa.
- Vanligare att barnet inte har epilepsidiagnos.

Sonja 10 år

- Mådde som vanligt i morse. Åt frukost i skolan.
Under andra lektionen reste sig Sonja upp, svalde mycket och sa att hon mådde illa. Blek.
Gick på toa. Personalen sa att hon satt ihopkurad på golvet och skrek. Var inte talbar.
Kunde följa med till ett vilorum där hon började klä av sig. Betedde sig underligt.
Kommer till akuten med en lärare.
- Beter sig förvirrat. Läger sig ner/ ställer sig. Svarar inte på tilltal.
- Ingen uppenbar fokalneurologi. Vitalparametrar u.a.
- TID. SJD:
Pneumokockmeningit -07. I akutskedet anfall med ryckningar. Fenemal-behandling knappt 1 år.
Syn och hörselnedsättning. Cochleaimplantat.
MR-07x2: Mutlipla inflammatoriska förändringar. Occipitala sequele.
Pyelonefriter.

ESS-val?

- VP u.a. förutom D

NCSE

Medvetandepåverkan eller beteendemässig störning (encefalopatisk)

+

Anfallsaktivitet på EEG



Misstänk!

EEG!

Riskgrupper:

- 1) *Efter akuta tillstånd – t.ex stroke, infektioner, CSE, HIE*
- 2) *Vid vissa ep.syndrom – Dravet, Lennox-Gastaut*
- 3) *Nonprogressiva encefalopatier (Angelman)*

Elin 11 år

- Idag i skolan sökte hon upp skolsköterskan för att hon kände sig illamående. Där blev hon allt mer frånvarande och sköterskan lade henne på en säng i ett uppehållsrum. Efter några minuter började hon rycka. Ssk ringde ambulansen. Under transporten har hon fluktuerat i sitt medvetande och fortsatt att rycka.
- Svarar inte på tilltal. Reagerar inte på smärtstimuli. AF: ca 30. SaO₂:98%. Puls 110/min. Pupiller u.a.
- Senaste dagarna mått som vanligt.
- TID. SJD: Lindrig utvecklingsstörning och inlärningssvårigheter.
- En liknande episod tidigare då man fått besked att vänta med diazepam 5 minuter.

Jag har handlagt ett funktionellt anfall (PNES)!

A. Ja!

B. Nej!

C. Beror på...

Lactate as a diagnostic marker in transient loss of consciousness

O. Matz^{a,*}, C. Zdebik^a, S. Zechbauer^a, L. Bündgens^b, J. Litmathe^a, K. Willmes^a,
J.B. Schulz^{a,c}, M. Dafotakis^a



Frågeställningar...

- Om barnet redan stått på Frisisum? Fenemal?
- Kontraindikationer bensodiazepiner? Fosfenytion?
- Injektionshastighet bensodiazepin / fosfenytoin?
- Om anfallet avtar under pågående injektion. Vad göra?
- När LP? När radiologi?
- Föreligger förhöjt ICP?
- Varför inte använda valproat/levetiracetam? Fenemal eller fosfenytoin?
- När är det läge att intubera?
- Narkos kommer om 5-10 minuter. Skall vi inte vänta med i.v.?
- Om 5 mg Stesolid till en åtta-åring i ambulansen?