

 <b>HELSE BERGEN</b> Haukeland universitetssjukehus	<h2>Pro-Epanutin</h2>
Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Nervesystemet	Gyldig fra/til: 30.08.2022/30.08.2023
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Fellesdokumenter/Pasientbehandling	Versjon: 2.05
Godkjenner: Haugsdal, Berit Hjartholm	Prosedyre
Dok. ansvarlig: Haugsdal, Berit Hjartholm	Dok.id: D31400

<b>Indikasjon:</b>	Medikamentell behandling av status epilepticus
Diagnostikk, utredning og generelle tiltak: Se Akuttveileder og Nevro-NEL.	
Husk EEG!	

### GTK-status:

<b>Trinn 1.</b>	Diazepam	Initialt 10-20 mg i.v. (5 mg/minutt) Gjenta etter 15 minutter selv om anfallet er kupert. Tidligere O2 metningsfall ved Stesolid-administrasjon er sjeldent kontraindikasjon dersom tilgjengelig anestesipersonell.
<b>Trinn2.</b>	Fosfentyoin/Pro-Epanutin®	Ved manglende kupering eller fortsatt anfall gis Pro-Epanutin. Obs. dosering etter <b>20 mg FNE/kg</b> er ønskelig. Følg tabellen. Anbefalt hastighet 100-(150) mg FNE/minutt. Doble infusjonstiden ved rytmeforstyrrelser (obs AV-blokk) og hjertesvikt.

### Metningsdose Pro-Epanutin (50 mg FNE/ml):

Kroppsvekt i kg	FNE mg	Pro-Epanutin ml	Blandes i	Infusjonshastighet i minutter
40	800	16	100 ml NaCl 0,9 % eller glukose 5 %	8
50	1000	20		10
60	1200	24		12
70	1400	28		14
80	1600	32		16
90	1800	36		18
100	2000	40		20

<b>Vedlikeholdsdose:</b>	S-Fenytoin tas 5-6 timer etter metning (husk!). Ca. 1/3 av metningsdosen fordelt på 1-2 doser/døgn (Pro-Epanutin i.v./Epinat p.o.) fra 6-8 timer etter metning. Ved fortsatt anfall og serumspeil < 80, gi ny metningsdose før nytt serumspeil og påfølgende vedlikeholdsdose.
<b>Avslutning:</b>	Når pasienten allerede bruker fast antiepileptika (AED):  <b>Dag 1.:</b> 200 mgx2, <b>Dag 2.:</b> 100 mgx2, <b>Dag 3.:</b> 50 mgx2. Seponer.  Ved oppstart nytt AED: Vurder langsommere nedtrapping Pro-Epanutin/Epinat.

**Alternativer til Pro-Epanutin:**

Ved GTK-status:

Kun når Pro-Epanutin er kontraindisert. Ved GTK-status kun ett medikament på trinn 2 før trinn 3 iverksettes.

*Valproat ( Orfiril®):	Metningsdose: 30- 45 mg/kg som i.v. bolus over 15 -(20) minutter. Se Akuttveileder for vedlikeholdsdose.
Levetiracetam (Keppra®):	Bolus 2000-3000 mg (evt. 4000mg) over 15 minutter.
Lacosamid (Vimpat®):	Bolus 200-400 mg, max. 60mg/minutter.

Trinn 3.	Narkose. Fortrinnsvis Propofol. Styres av anestesilege. Varighet 1-2 døgn etter oppnådd anfallskontroll. Ved EEG-tilgang betyr dette fravær av epileptisk aktivitet, ikke nødvendigvis burst-suppression. Vurderes klinisk uten EEG-tilgang.
----------	--

**KPA-status:**

Som GTK-status, men andre i.v. (\*) AED bør også forsøkes på trinn 2 før narkose evt. iverksettes.

**EPA-status:**

Trinn 1 og trinn 2. Sjeldent aktuelt med narkose. Multiple (\*) AED forsøkes på trinn 2.

**NB: Husk pasientens faste antiepileptika!**

Serumspeil skal alltid tas. Fast medikasjon skal kontinuieres, evt. doseres opp ved lavt seumspeil. Vurder å gi som i.v. ved intubert pasient (1:1 dose for Orfiril, Keppra, Vimpat) eller på sonde om i.v. ikke tilgjengelig.

*Se innside for informasjon som skal journalføres.*

**Følgende skal journalføres:**

Type	GTK	KPA	EPA	Absence	Myoklonus
<b>Start</b>	Dato: Kl:				
<b>Stopp</b>	Dato: Kl:				
<b>Kjent epilepsi</b>	Nei		Ja Type		
<b>Trigger aktuelle status</b>	Lavt serumspeil antiepileptika Infeksjon Stress Søvnmangel Psykososialt Akutt blødning/infarkt Annet Hva:				
<b>Kort beskrivelse</b>	Rykninger, blinking, vridning, automatismer etc.				
<b>ICD-10</b>	Husk å kode som status epilepticus (G41) i epikrise				

**Interne referanser**

Dokumentet er laget av Dr. Kjersti Nesheim Power, Nevrologisk avdeling. Godkjent av Dr. Bernt A. Engelsen, Nevrologisk avdeling 2014.07.03