

Epilepsi hos barn och ungdomar

Utredning efter den akuta episoden

För epilepsidiagnos krävs två säkerställda krampanfall. Risken att få ytterligare ett krampanfall efter förstagångsanfallet är 50%. Fokala eller misstänkt symtomatiska (pga bakomliggande orsak) krampanfall hos barn och ungdomar skall följas upp med elektivt sömn-EEG. Vid okomplicerade krampanfall kan man avvakta med EEG tills efter andra krampanfallet.

Efter okomplicerade feberkrämpor ska kramplösande läkemedel inte förskrivas. Vid övriga typer av toniskt-kloniska krampanfall förskrivs:

Rektalspruta Stesolid Prefill 5 mg/ml, 2 ml (barn <10 kg 1 ml = 5 mg, >10 kg 2 ml = 10 mg) *alternativt* buccalt Midazolam (Buccolam), 5 mg/ml. 0,3 mg/kg, max 10 mg. Dosen fördelas lika innanför båda kinderna.

Ålder (år)	mg	färg på spruta
6 mån- 2år	2,5	gul
2-5	5	blå
5-10	7,5	lila
10-18	10	orange

Sömn-EEG kan utföras på följande sätt:

1. Melatonininducerad sömn. Se riktlinjer ”Sömn-EEG – Melatonin”
Sömn-EEG från tre års ålder kan genomföras under melatoninsömn.
Remittenten anger i EEG-remissen om melatonin ska ges.
2. Sömnprovokation i hemmet
Efter instruktion från Fyslab sker sömnprovokation i hemmet (spädbarn i samband med normal dagsömn, <15 år, sömn endast mellan kl. 00:00-04:00, >15 år, vaken hel natt).
3. Sömnprovokation inneliggande
Bor familjen mycket långt bort kan sömnprovokation i undantagsfall ske inneliggande på avd 11.

Ställningstagande till förebyggande behandling

Efter första krampanfallet väljer man oftast inte att sätta in förebyggande behandling, oavsett vad ev EEG visar. Vid upprepade anfall avgörs om förebyggande behandling blir aktuell utifrån frekvens, intervall, EEG-fynd etc.

Val av antiepileptikum

Tabeller visar förstahandsval. Val av beredning, dos mm – se PM antiepileptika.

Partial (fokal) epilepsi

1. Oxkarbamazepin (Trileptal)
2. Lamotrigin (Lamotrigin, Lamictal)
3. Levetiracetam (Levetiracetam, Keppra)
4. Lamotrigin + Valproat

Flickor >12 år:

1. Oxkarbamazepin
2. Lamotrigin
3. Levetiracetam
4. Lamotrigin + Valproat

Primärgeneraliserad epilepsi

1. Valproat
2. Lamotrigin
3. Levetiracetam
4. Lamotrigin + Valproat

Flickor >12 år

1. Lamotrigin
2. Levetiracetam
3. Valproat
4. Lamotrigin + Valproat

Absenser (3 Hz spike and slow wave)

1. Etosuximid
2. Valproat

Epilepsisyndrom

1. Vid **rolandisk epilepsi** kan man ofta avvakta med läkemedelsbehandling. Behandling ges som regel vid frekventa anfall, frekventa generaliserade anfall eller om barnet upplever anfällen som obehagliga.
2. Vid **juvenil myoklon epilepsi** är valproat förstahandsval till pojkar och levetiracetam till flickor.

Diskutera gärna med barnneurolog.

Kompletterande utredning

Visar EEG fokala förändringar, förutom typiska förändringar som vid så kallad benign barnepilepsi (Rolandic spikes), skall morfologisk utredning med MR hjärna utföras. MR skall även utföras om förekomst av andra neurologiska funktionsproblem eller symtom.

Uppföljning

Uppföljning med återbesök, telefonkontakter individualiseras. Kontakt med team bestående av epilepsisjuksköterska, psykolog, kurator efter behov.

Ställningstagande till utsättande av medicinering görs efter minst två års krampfrihet. Långsam uttrappning av medicineringen, minst 6-12 veckor. Fenobarbital och benzodiazepin behöver längre tid.

EEG inför utsättande görs endast i speciella fall, bl a vid absensepilepsi där rutin-EEG bör göras före och efter utsättandet av medicin.

Referens: Epilepsi hos barn och ungdomar – handläggningsstöd.

<http://snpf.barnlakarforeningen.se/wp-content/uploads/sites/4/2014/10/sextonepilepsi.pdf>

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare