

## 21. Augsburger Intensivpflegeetage (04.11.2006) Was tun wenn der Patient „krampft“?

P. Hopp, Kleinwachau

### Zusammenfassung

Anfallserkrankungen verschiedenster Ursache sind eine häufige Aufnahme- und Diagnoseintensivmedizinischer Abteilungen. Alleine die Häufigkeit von epileptischen Anfällen liegt bei etwa 15% aller intensivbehandlungsbedürftigen neurologischen und internistischen Erkrankungen [Meyding-Lamadé U, Hacke W. Intensivmedizin und Notfallmedizin 32 (1995)]. Da epileptische Anfälle häufig nur Symptomcharakter haben, steht initial zumeist die Diagnose einer möglichen Grunderkrankung im Vordergrund. Solchen akut provozierten „Gelegenheits“-Anfällen liegen metabolische bzw. Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes, Vergiftungen, entzündliche oder andere akute symptomatische ZNS-Erkrankungen zugrunde. Einzelne Anfälle, insbesondere bei vorbestehender Epilepsie, sind in den meisten Fällen kein Grund zur Aufnahme auf eine Intensivstation. Ein einzelner Anfall ist auch fast immer selbstlimitierend und stellt i. d. R. keine Behandlungsindikation dar. Erst die Überschreitung der für einen Anfall typischen Dauer von 1-5 Min. mit der Gefahr des Übergangs in einen Status epilepticus, eine Anfallsserie oder auch Komplikationen wie Aspiration oder Verletzungen bei heftigen motorischen Entäußerungen stellen Indikationen für eine antikonvulsive Therapie dar. Immer sollten aber einfach durchzuführende Maßnahmen erfolgen, z. B. eine stabile Seitenlagerung, Entfernung des Patienten aus verletzungsträchtiger Umgebung oder die Lockerung atmungsbehindernder Kleidung. Als kontraindiziert sind Beißkeile anzusehen, da sie die in der frühen tonischen Phase generalisierter Krampfanfälle auftretenden Zungenbisse nicht verhindern und zu Atemwegsverlegung und Zahnverletzungen führen können. Im Hinblick auf einen möglicherweise beginnenden Status epilepticus kann es nach Anfallsende ratsam sein, prophylaktisch einen venösen Zugang zu legen. Etwa 5% aller erwachsenen Epilepsiepatienten erleiden mindestens einmalig im Verlauf ihrer Erkrankung einen Status epilepticus, bei Kindern liegt der Anteil sogar höher (10-25%). Im Gegensatz zum Einzelanfall muß die medikamentöse Therapie schnell und konsequent eingeleitet werden, da ein nicht durchbrochener konvulsiver Status eine potentiell lebensbedrohliche Erkrankung darstellt. Die Mortalität wird in der Literatur mit 8-39% angegeben [Logroschino G, Hesdorffer DC, Cascino G, et al. Epilepsia, 46, Suppl. 11 (2005)]. Zu Einzelheiten der Therapie sei auf die Leitlinie der Dt. Gesellschaft für Neurologie „Status epilepticus im Erwachsenenalter“ (<http://www.dgn.org/132.0.html>) verwiesen. Allerdings sind es häufig auch nicht-epileptische Anfallsereignisse, die zur Behandlung auf Intensivstationen führen oder die im Verlauf intensivmedizinischer Behandlungen auftreten können. So befinden sich 11–23 % der Patienten, die wegen eines vermeintlichen Status epilepticus auf einer Intensivstation aufgenommen werden, im psychogenen Status [Kapitany T, Baumgartner C, Mitteilungen der Österreichischen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie 2 (2002)]. Nicht selten erfolgen bei psychogenen Anfällen unnötige intensivtherapeutische Maßnahmen bis hin zur Intubation. Im Hinblick auf adäquate diagnostische und therapeutische Maßnahmen muß also zunächst eine Klassifizierung der bei einem Patienten auftretenden Anfälle erfolgen. Denn nicht alles was „zuckt“, ist auch ein epileptischer Anfall. Das Spektrum von anfallsartig auftretenden Ereignissen mit motorischen Entäußerungen ist breit und umfaßt neben verschiedenen epileptischen Anfallsformen eine Vielzahl von nicht-epileptischen Phänomenen wie z. B. konvulsive Synkopen, dissoziative (= psychogene) Anfälle, paroxysmale Bewegungsstörungen (z. B. Dystonien, Hemiballsimus), Tetanien (z. B. bei Hyperventilation, Hypokalzämie), metabolische Enzephalopathien mit Myoklonien, Mittelhirnsyndrome mit Beuge-/ Strecksynergismen und verschiedene Tremorformen. Im Rahmen des Beitrags wird auf Probleme bei der differentialdiagnostischen Einordnung und auf Unterscheidungsmerkmale verschiedener paroxysmaler Ereignisse eingegangen.