

Langtids video-EEG monitorering – hvilken risiko utsettes pasientene for?

Noe KH, Drazkowski JF.

Safety of long-term video-electroencephalographic monitoring for evaluation of epilepsy. Mayo Clin Proc 2009; 84: 495-600.



Målsetting: Å kartlegge forekomsten av medisinske komplikasjoner hos pasienter som gjennomgår langtids video-EEG monitorering.

Materiale og metode: Forfatterne har foretatt en retrospektiv studie av 149 voksne pasienter som i 2-års perioden 2005-2006 gjennomgikk langtids video-EEG monitorering i diagnostisk øyemed ved Mayoklinikken i USA. Antall og typer anfall og antall og typer av medisinske komplikasjoner ble registrert.

Resultat: 752 anfall ble registrert, hvorav 35 anfallsserier ("clusters"). Gjennomsnittlig tid til første anfall var 2 døgn, og gjennomsnittlig registreringstid var 5 døgn. Det ble registrert ett tilfelle av status epilepticus, 3 potensielt farlige EKG-forstyrrelser, 2 tilfeller av postiktale psykoser, og 4 GTKassosierte vertebrale kompresjonsfrakturer (11% av dem med GTK).

Det var ingen dødsfall, ingen måtte overføres til ICU ("intensive care unit"), det var ingen fallskader, og det var heller ingen lungekomplikasjoner. Komplikasjoner som krevde en eller annen form for intervensjon så man hos 21% av pasientene.

Konklusjon: Langtids video-EEG monitorering er en undersøkelse med en akseptabel risiko for pasientene. Komplikasjoner forekommer, men disse påvirker ikke lengden på registreringen. Man bør søke å forebygge fallskader og være rask til å fange opp og behandle anfallsserier/status epilepticus, alvorlige EKG-forstyrrelser, psykoser og frakturer.

Egne kommentarer: I all medisinsk diagnostikk og behandling gjelder det ikke å skade pasienten; primum non nocere. Men dessverre er det alltid en risiko for komplikasjoner, og alle pasienter som skal gjennom en form for medisinsk intervensjon har krav på først å diskutere med legen risikonytte aspektet.

Ved SSE har vi ofte diskutert hvordan vi best kan forebygge, diagnostisere og ev. behandle komplikasjoner som kan oppstå under langtids video-EEG monitorering. Mens vi ellers forsøker å hindre anfall, vil vi her tvert om provosere frem anfall ved å senke anfallsterskelen på forskjellig vis. Eksempelvis trappes AEDs ned på forhånd, pasientene søvndepriveres, eller de utsettes for individspesifikke anfallsutløsende faktorer. Målet er som oftest å få registrert ett, eller helst flere, av pasientens typiske anfall. Hvilke AEDs som bør trappes ned, hvor mye, og med hvilken hastighet, er gjenstand for stadige diskusjoner. Noen internasjonal konsensus om disse spørsmål finnes ikke. Vår erfaring er at det heldigvis svært sjelden inntreffer alvorlige komplikasjoner, men vi anser det som særlig viktig å fange opp og kupere anfallsserier/status epilepticus i tidlig fase.

Vi slutter oss helt til National Association of Epilepsy Centers som "highly recommend continuous observation in the inpatient epilepsy monitoring unit setting" (Gumnit et al 2001). I en internasjonal studie av 42 sentra (1-20 senger) viste det seg at bare 77% hadde en slik kontinuerlig overvåkning (Fitzsimons et al 2000). Ved SSE har vi kontinuerlig overvåkning av pasientene (10 senger), og jeg tror dette er hovedforklaringen på at vi sjelden ser alvorlige komplikasjoner.

Karl O. Nakken