



**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA**

# **Statusul epileptic la adult**

**Protocol clinic național**

**PCN- 288**

**Chișinău – 2017**

**Aprobat prin ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova  
din 30.03.2017, proces verbal nr. 1**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 625 din 24.07.2017  
cu privire la aprobarea Protocolului clinic național  
„Statusul epileptic la adult”**

**Elaborat de colectivul de autori:**

<b>Groppa Stanislav</b>	USMF „Nicolae Testemițanu”
<b>Chiosa Vitalie</b>	USMF „Nicolae Testemițanu”
<b>Șandru Serghei</b>	USMF „Nicolae Testemițanu”
<b>Gorincioi Nadejda</b>	IMSP Institutul de Medicină Urgentă
<b>Cristina Munteanu</b>	IMSP Institutul de Medicină Urgentă
<b>Ciolac Dumitru</b>	IMSP Institutul de Medicină Urgentă
<b>Vatamanu Anatolie</b>	IMSP Institutul de Medicină Urgentă
<b>Stoianov Natalia</b>	IMSP Institutul de Medicină Urgentă

**Recenzenți oficiali**

<b>Victor Ghicavii</b>	Catedră farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”
<b>Ghenadie Curocichin</b>	Catedra medicina de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<b>Valentin Gudumac</b>	Catedră medicina de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”
<b>Vladislav Zara</b>	Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale
<b>Maria Cumpănă</b>	Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate
<b>Diana Grosu-Axenti</b>	Compania Națională de Asigurări în Medicină

## CUPRINS

<b>ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT</b>	<b>4</b>
<b>PREFAȚĂ</b>	<b>5</b>
<b>A. PARTEA INTRODUCTIVĂ</b>	
<b>A.1. Diagnosticul</b>	<b>6</b>
<b>A.2. Codul bolii (CIM 10)</b>	<b>6</b>
<b>A.3. Utilizatorii</b>	<b>6</b>
<b>A.4. Scopurile protocolului</b>	<b>6</b>
<b>A.5. Data elaborării protocolului</b>	<b>6</b>
<b>A.6. Data actualizării protocolului</b>	<b>6</b>
<b>A.7. Data revizuirii următoare a protocolului</b>	<b>6</b>
<b>A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului</b>	<b>6</b>
<b>A.9. Definițiile folosite în protocol</b>	<b>7</b>
<b>A.10. Informația epidemiologică</b>	<b>8</b>
<b>B. PARTEA GENERALĂ</b>	
<b>B.1. Nivel de asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească</b>	<b>10</b>
<b>B.2. Nivel specializat de staționar</b>	<b>10</b>
<b>C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ</b>	
<b>C.1.1. Algoritmul de conduită și asistență urgentă a pacientului cu criză epileptică acută, etapa prespitalicească</b>	<b>11</b>
<b>C.1.2. Algoritmul de conduită și diagnostic în SE</b>	<b>12</b>
<b>C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR</b>	
<b>C.2.1. Clasificarea crizelor epileptice și a statusului epileptic</b>	<b>13</b>
<b>C.2.2. Conduita pacientului cu status epileptic</b>	<b>16</b>
<b>C.2.2.1. Anamneza</b>	<b>16</b>
<b>C.2.2.2. Manifestările clinice</b>	<b>16</b>
<b>C.2.2.3. Examenul fizic</b>	<b>17</b>
<b>C.2.2.4. Investigațiile paraclinice</b>	<b>18</b>
<b>C.2.2.5. Diagnosticul diferențial</b>	<b>19</b>
<b>C.2.2.6. Criterii de spitalizare</b>	<b>19</b>
<b>C.2.2.7. Tratamentul SE</b>	<b>19</b>
<b>C.2.2.8. Evoluția SE</b>	<b>24</b>
<b>C.2.2.9. Supravegherea pacienților după SE</b>	<b>25</b>
<b>C.2.3. Complicațiile SE</b>	<b>25</b>
<b>D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI</b>	
<b>D.1. Serviciul de asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească (echipa de profil general și echipe specializate) 903 (112)</b>	<b>26</b>
<b>D.2. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de neurologie ale spitalelor raionale, municipal, secție de epileptologie</b>	<b>26</b>

<b>D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de reanimare ale spitalelor raionale, secții neuroreanimare/TI neurologică</b>	<b>27</b>
<b>E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI</b>	<b>28</b>
<b>F.ANEXE</b>	
<b>Anexa 1. Ghidul pentru pacient cu epilepsie și persoanele care asistă</b>	<b>29</b>
<b>Anexa 2. Lista etiologiilor care pot cauza status epileptic</b>	<b>29</b>
<b>Anexa 3. Recomandările de tratament conform nivelelor de dovezi bazate pe standardele și ghidurile elaborate de Asociația Americană a Inimii (American Heart Association)</b>	<b>32</b>
<b>Anexa 4. Recomandări pentru tratamentul SE</b>	<b>33</b>
<b>Anexa 5. Fișa standartizată de audit medical bazat pe criterii</b>	<b>35</b>
<b>BIBLIOGRAFIE</b>	<b>34</b>

## ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

ABS	Analiza biochimică a sângelui
ABC	Airway, Breathing, Circulation (Căile respiratorii, Respirația, Circulația)
AGS	Analiza generală a sângelui
AGU	Analiza generală a urinei
AMU	Asistență medicală de urgență
AVC	Accident Vascular Cerebral
CGTC	Criză generalizată tonico-clonică
EEG	Electroencefalogramă
ECG	Electrocardiogramă
EMP	Epilepsie miocluns progresivă
i/m	Administrare intramusculară
i/r	Administrare intrarectală
i/v	Administrare intravenoasă
ILAE	International League Against Epilepsy (Liga Internațională de Combatere a Epilepsiei)
IRM	Imagistica prin rezonanță magnetică
FCC	Frecvența contracțiilor cardiace
LCR	Lichidul cefalorahidian
MAE	Medicamente antiepileptice
PL	Puncția lombară
SE	Status epileptic
SEC	Status epileptic convulsiv
SENC	Status epileptic nonconvulsiv
SSSE	Scorul de severitate al statusului epileptic
TA	Tensiunea arterială
TAs	Tensiunea arterială sistolică
TAm	Tensiunea arterială medie
TI	Terapie intensivă
TC	Tomografie computerizată
TCC	Traumatism cranio-cerebral
TORCH	T – toxoplasmoza; O –alte infecții (Other infections) – virusul Coxackie, sifilis, varicela, zona zoster, HIV, parvovirus B19 si hepatita B; R – rubeola; C – citomegalovirus; H – herpes simplex virus-2
USG	Ultrasonografie

## PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (MS RM), constituit din specialiști neurologi, neurofiziologi și epileptologi ai Laboratorului de Neurobiologie și Genetică Medicală ai Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Centrului Național de Epileptologie în cadrul IMSP Institutul de Medicină Urgentă sub conducerea academicianului, d.h.ș.m., prof. univ., Stanislav Groppa.

Pentru elaborarea recomandărilor au fost studiate, analizate și consultate informațiile din literatura de specialitate, bazele de date MEDLINE/PubMed, Cochrane Trials Register, documentele de specialitate ale Ligii Internaționale de Combatere a Epilepsiei, Institutului National de Excelență Clinică, Subcomitetului Standardelor de Calitate al Academiei Americane de Neurologie și al Societății Americane de Epilepsie, al Academiei Europene de Neurologie.

Prezentul ghid se dorește a fi o recomandare în abordarea diagnostică și terapeutică a cazurilor de epilepsie a adultului, dar nu limitează și nu absolvă specialistul de responsabilitatea individualizării cazului.

### A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

#### A.1. Diagnosticul: Status Epileptic

##### *Exemple de diagnostice clinice:*

1. Status epileptic convulsiv stabilit cu crize generalizate tonico-clonice, pe fondal de AVC hemoragic masiv.
2. Status epileptic convulsiv mioclonic refractar pe fondal de encefalopatie hipoxic-anoxică după stop cardio-respirator, comă gr. II.
3. Status epileptic nonconvulsiv cu comă, pe fondal de epilepsie structurală (heterotopie cerebrală) medicamentos parțial controlată, superrefractar.

#### A.2. Codul bolii (CIM 10): G41.0-41.2; G41.8; G41.9.

#### A.3. Utilizatorii.

1. Serviciile de asistență medicală urgentă prespitalicească (echipele AMU).
2. Oficiile medicilor de familie (medici de familie, asistentele medicale).
3. Centre de sănătate (medici de familie, asistentele medicale).
4. Centre medicilor de familie (medici de familie, asistentele medicale).
5. Asociațiile medicale teritoriale (medici de familie și neurologi).
6. Instituțiile/secțiile consultative (medici neurologi, epileptologi, psihiatri, psihoterapeuți).
7. Secțiile de neurologie, reanimare și TI ale spitalelor raionale, municipale și republicane (medici neurologi, neurologi-epileptologi, epileptologi, neurochirurgi, reanimatologi).

*Notă:* Protocolul Clinic Național, la necesitate, poate fi utilizat și de alți specialiști.

#### A.4. Scopurile protocolului.

1. Optimizarea calității evaluării pacienților cu SE.
2. Sporirea calității procesului de diagnostic și diagnostic diferențial al SE.
3. Sporirea eficacității tratamentului și a pronosticului pacientului cu SE.
4. Reducerea mortalității la pacienții cu SE.

#### A.5. Data elaborării protocolului: 2017




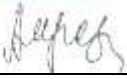

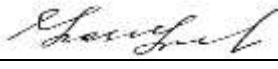
#### A.6. Data actualizării protocolului:

#### A.7. Data următoarei revizuirii: 2019

### A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului

Numele	Funcția
GROPPA Stanislav	academician al AȘM, d.h.ș.m., profesor universitar, șef catedră Neurologie 2, director Centrul Național de Epileptologie, șef Laborator Neurobiologie și Genetică Medicală
ȘANDRU Serghei	șef catedră Anesteziologie și reanimatologie nr.1 ”Valeriu Ghereg”
CHIOSA Vitalie	medic neurofiziolog, cercetător științific, Laborator Neurobiologie și Genetică Medicală
MUNTEANU Cristina	medic neurolog, IMSP Institutul de Medicină Urgentă cercetător științific, Laborator Neurobiologie și Genetică Medicală
GORINCIOI Nadejda	medic epileptolog, Centrul Național de Epileptologie
CIOLAC Dumitru	medic neurolog, Centrul Național de Epileptologie cercetător științific, Laborator Neurobiologie și Genetică Medicală
VATAMAN Anatolie	medic neurofiziolog, cercetător științific, Laborator Neurobiologie și Genetică Medicală
STOIANOV Natalia	medic epileptolog, Centrul Național de Epileptologie

### Protocolul Clinic Național a fost discutat, aprobat și contrasemnat:

Denumirea	Numele și semnătura
Comisia Științifico-Metodică de profil „Neurologie”	
Asociația Medicilor de Familie din RM	
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	
Consiliul de Experti al MS RM	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

### A.9. Definițiile folosite în Protocolul Clinic Național.

Conform definiției Ligii Internaționale de Combateră a Epilepsiei și Biroului Internațional pentru Epilepsie:

**Criza epileptică** - reprezintă apariția tranzitorie a semnelor și/sau a simptomelor datorate activității neuronale anormale excesive sau sincrone în creier [1].

**Epilepsia (definiție conceptuală)** – este o tulburare cerebrală caracterizată printr-o predispoziție persistentă de a genera crize epileptice și prin consecințe neurobiologice, cognitive, psihologice și sociale a acestei condiții. Definiția de epilepsie necesită prezența a cel puțin a unei crize epileptice [1].

**Epilepsia (definiție practică)** – este o tulburare cerebrală, definită prin oricare dintre următoarele condiții:

- cel puțin două crize neprovocate (sau reflexe) ce se petrec aparte într-un interval de timp > 24

- ore;
- criză neprovocată (sau reflexă) și o probabilitate de crize ulterioare similară riscului general de recurență (cel puțin 60%) după două crize neprovocate care se petrec în următorii 10 ani;
- diagnosticul unui sindrom epileptic [2].

**Status epileptic (SE) (definiție tradițională)** - > 30 de minute de activitate neurologica paroxistica (epileptica) continua, sau 2 sau mai multe crize succesive care acoperă prin desfășurare aceasta perioada fără revenire completa între crize.

**Status epileptic (definiție operațională)** - crize convulsive care depășesc durata de 5-10 minute [3, 4].

**Statusul epileptic (definiția aprobată 2015)** este o condiție care rezultă fie din eșecul mecanismelor responsabile de rezolvarea crizelor sau de inițierea unor mecanisme, care duc la crize anormal prelungite (după punctul de timp  $t1$ ). Este o condiție, care poate avea consecințe pe termen lung (după punctul de timp  $t2$ ), inclusiv moartea neuronală, leziunile neuronale, și alterarea rețelelor neuronale, în funcție de tipul și durata crizelor.

Această definiție este conceptuală, cu două dimensiuni operaționale: prima este durata crizei și punctul de timp ( $t1$ , la 5 min), peste care criza ar trebui să fie considerată ca "activitate ictală continuă." Al doilea punct de timp ( $t2$ , la 30 min) este timpul crizei desfășurate, după care există un risc de consecințe pe termen lung [5].

**Statusul epileptic convulsiv generalizat (definiție operațională)** este o condiție de criză continuă  $\geq 5$  minute sau două sau mai multe crize discrete între care există o recuperare incompletă a conștienței [4].

**Statusul epileptic convulsiv generalizat (definiție conceptuală)** se referă la o condiție în care există o defecțiune a factorilor "normali" care servesc pentru rezolvarea unei CGTC tipice [6].

**Status epileptic nonconvulsiv** este un termen folosit pentru a desemna un spectru de condiții în care activitatea epileptică la electroencefalografie este prelungită și rezultată în simptome clinice nonconvulsive [7] și/sau modificari de comportament, modificări ale proceselor mentale de bază asociate cu descărcări epileptiforme continue la EEG.

**Status epileptic refractar** este definit ca SE, care nu răspunde la tratamentul standard, cum ar fi benzodiazepinele de linia I urmată de o altă MAE de linia a II (ex. Diazepamum+Phenytoinum) [8].

**Status epileptic superrefractar** – SE care continuă sau reapare timp de 24 de ore sau mai mult după debutul terapiei cu anestezice i/v, inclusiv acele cazuri în care SE reapare pe durata reducerii sau retragerii anesteziei [9].

**Epilepsia medicamentos rezistentă** este definită ca eșecul a două MAE adecvat selectate, tolerate și utilizate în mod corespunzător (în monoterapie sau asociere) cu scopul de a obține libertate susținută de crize [10].

#### **A.10. Informația epidemiologică.**

Statusul epileptic reprezintă o urgență neurologică majoră, cât și medicală, având o incidență de aproximativ de la 18,3 până la 41 de episoade la 100 000 locuitori pe an, în Statele Unite înregistrând-se 150 000 de cazuri noi anual [11, 12]. Această cifră în mare măsură se bazează pe datele populaționale de ambulatoriu, și poate subestima incidența adevărată în cazul în care se iau în considerare cazurile înregistrate în condițiile de staționar. Incidența raportată variază considerabil în funcție de definiția folosită a SE. În plus, incidența se referă la episoade de SE clinic aparente, ce nu



încorporează incidența subestimată a SE nonconvulsiv. Se poate considera că SE este a doua cea mai frecventă urgență neurologică acută după accidentul vascular cerebral.

Cele mai frecvente grupe de vârstă afectate sunt persoanele > 60 și < 12 luni. Aproximativ 10-15% dintre pacienții cu epilepsie cronică vor experimenta un episod de SE, la un anumit punct în evoluția lor clinică. Aproximativ 7% la 10% din pacienții care ulterior vor dezvolta o epilepsie cronică inițial sunt internați cu un prim episod de SE [13].

1/3 de cazuri de SE sunt cauzate de AVC, meningită, encefalită, traumatisme craniene, hipoxie, hipoglicemie, intoxicație cu droguri sau sindrom de abținere. Altele 1/3 de cazuri au o istorie de epilepsie sau convulsii febrile. Următoarele 1/3 din cazuri de SE sunt un debut de epilepsie “new-onset epilepsy” [11].

La 10-40% de pacienți cu SE, activitatea ictală nu poate fi controlată cu medicamente antiepileptice de linia I (benzodiazepine) și de a doua linie ca Phenytoinum, rezultând într-o rată de mortalitate de ~ 40% [14]. Până la 70% din SE apar la copii.

Cazul de fatalitate a SE , în general, se situează între 1,9 % și 40 % și depinde în principal de vârstă ( peste 65 de ani > 20-64 ani > sub 20 de ani ), sex ( M> F), și etiologia. Hipoxia, accidentul vascular cerebral, infecțiile SNC și tulburările metabolice sunt asociate cu cele mai înalte cazuri de deces de până la 80 %, în timp ce nivelul scăzut de MAE, febra, consumul de alcool, și etiologia traumatică sunt asociate cu mortalitate scăzută [13].

Multe cazuri de SE vor fi tratate cu succes fără a se recurge la intubație și admitere în unitatea de TI. Cu toate acestea, mulți pacienți internați cu SE necesită internare în unitatea de TI din cauza activității ictale persistente, obnubilării secundare convulsiilor sau medicației, sau pentru tratamentul bolii neurologice subiacente. Acești pacienți sunt predispuși la crize recurente, care pot fi clinic evidente sau subtile.

La nivel economic în domeniul sănătății, SE costă aproximativ 4 miliarde \$ pe an în Statele Unite [15]. Numărul anual de decese, parțial sau total atribuit SE constituie 22 000 în Statele Unite ale Americii [13].

Acest Protocol Clinic Național a fost elaborat pentru a optimiza asistența medicală pentru pacienții cu crize epileptice și SE la diferite nivele de asistență medicală.

## B. PARTEA GENERALĂ

### B.1. Nivelul de AMU la etapa prespitalicească (echipele de profil general și specializate 903/112)

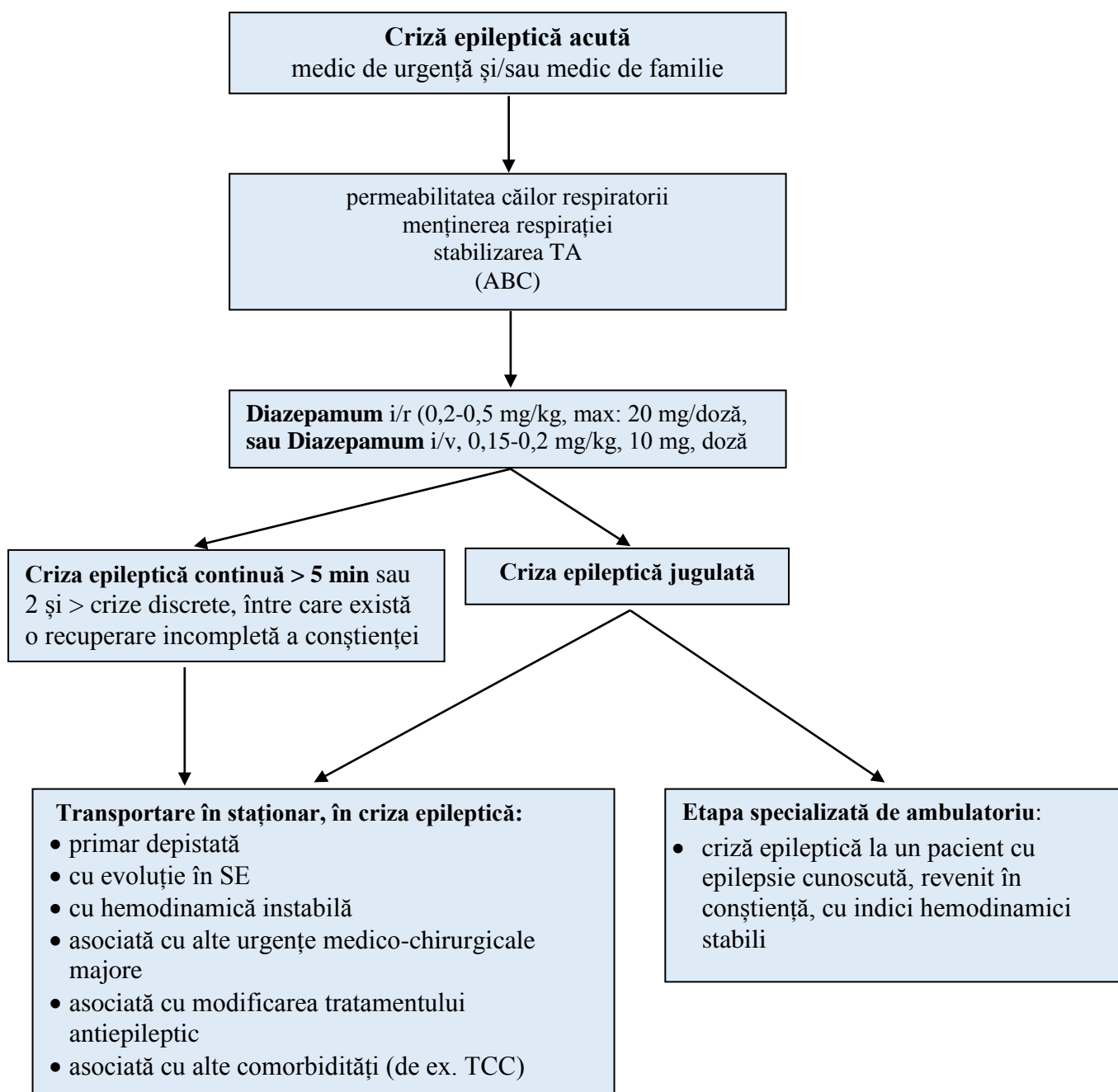
Descriere	Motivele	Pașii
Protecția personalului	Protejarea personalului și a pacientului în timpul acordării asistenței medicale.	Utilizarea măsurilor și articolelor de protecție (măști, mănuși, halate).
<b>1. Diagnosticul</b>		
1.1 Examenul clinic	Recunoașterea precoce a crizei epileptice și stabilirea diagnosticului de SE.	Anamneza (caseta 7). Examenul fizic (caseta 9).
<b>2. Tratamentul</b>		
2.1 Tratamentul de urgență la etapa prespitalicească	Acordarea AMU determină evitarea complicațiilor SE.	Tratamentul crizei convulsive acute, a SE, stabilizarea funcțiilor vitale (algoritmul C.1.1., C.1.2., caseta 18)
2.2 Transportarea în staționar	Rezolvarea urgenței medicale	Monitorizarea funcțiilor vitale Criteriile de spitalizare (caseta 17)

### B.2. Nivel specializat de staționar

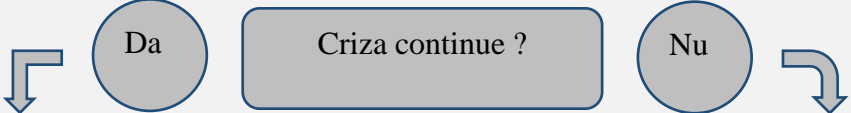
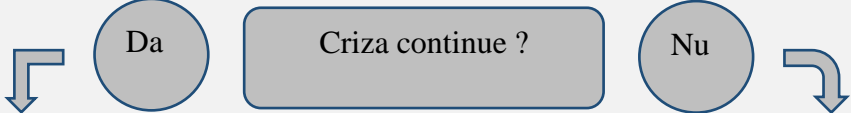
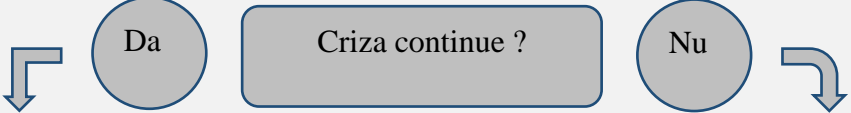
Descriere	Motivele	Pașii
<b>1. Spitalizare</b>		
1.1 În secția neuroreanimare/TI neurologică, reanimare	SE este o urgență medicală majoră Rezolvarea statusului epileptic	Criterii de spitalizare (caseta 17)
1.2 Spitalizare în secția neurologie de nivel raional, municipal și republican	SE este o urgență medicală majoră Rezolvarea statusului epileptic	Criterii de spitalizare (caseta 17)
<b>2. Diagnosticul</b>		
2.1 Stabilirea diagnosticului de SE 2.2 Definirea SE	Acordarea AMU adecvate	Anamneza (caseta 7) Examenul fizic (caseta 9) Examenul neurologic (caseta 9) Investigații de laborator (caseta 10, 11) Investigații instrumentale (caseta 12, 13) Diagnostic diferențial (caseta 16)
<b>3. Tratamentul</b>		
3.1 Tratamentul SE	Urgență majoră	Tratamentul SE (casetele 19-24)
3.2 Selectarea tratamentului în perioada interictală	Controlul medicamentos al crizelor epileptice	Inițierea și/sau continuarea tratamentului antiepileptic (caseta 22, 23)

## C. ALGORITMI DE CONDUITĂ

### C.1.1. Algoritm de conduită și asistență urgentă a pacientului cu criză epileptică acută, etapa prespitalicească.



**C.1.2. Algoritm de conduită și diagnostic în SE (adaptat după Glauser, Trinka, 2016) [16, 17].**

Timpul	Intervenții pentru departamentele de urgență, staționare, sau prespitalicesc cu personal instruit
<p>5-10 minute faza de stabilizare SE iminent</p>	<p>1. Stabilizarea pacientului (căile respiratorii, respirația, circulația)                  2. Marcarea timpului debutului crizei, monitorizarea semnelor vitale                  3. Evaluarea oxigenării, aportul de oxigen prin canulă nazală/mască; luați în considerație intubarea dacă este necesar suportul respirator                  4. Monitorizarea ECG                  5. Prelevarea glicemiei din deget.                  dacă glucoza &lt; 3,33 mmol/l, administrați 100 mg Thiamini hydrochloridum i/v, 20 g Glucosum                  6. Acces i/v, colectați electroliți, hemograma, screening-ul toxicologic, nivelurile MAE (dacă este cazul)  <b>Diazepamum</b> i/r (0,2-0,5 mg/kg, max: 20 mg/doză, <b>sau Diazepamum</b> i/v, 0,15-0,2 mg/kg,</p> <p style="text-align: center;">  </p>
<p>10-30 minute faza terapiei inițiale SE stabilit</p>	<p><b>Phenytoinum</b> 18-20 mg/kg, până la 50 mg/min, monitorizare video-EEG</p> <p style="text-align: right;">Tratament simptomatic</p> <p style="text-align: center;">  </p>
<p>30-60 minute faza terapiei secundare SE refractar</p>	<p><b>Phenobarbitalum</b> 15-20 mg/kg, până la 100 mg/min,</p> <p style="text-align: right;">Tratament simptomatic</p> <p style="text-align: center;">  </p>
<p>60 minute faza terapiei terțiare SE refractar/ superefractar</p>	<p><b>Propofolum</b> 3-5 mg/kg bolus, apoi 5-10 mg/kg/h, <b>sau</b>  <b>Midazolamum</b> 0,1–0,3 mg/kg bolus, apoi 0,05–0,5 mg/kg/h                  până la sistarea crizelor</p> <p style="text-align: right;">Tratament simptomatic</p>

## C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

### C.2.1. Clasificarea crizelor epileptice și a statusului epileptic

#### Caseta 1. Clasificarea crizelor epileptice (ILAE 1981) [3]

##### I. Crize parțiale (focale)

###### A. Crize parțiale simple (conștiența păstrată)

1. cu semne motorii
2. cu semne somatosensorii sau senzoriale
3. cu semne vegetative
4. cu semne psihice

###### B. Crize parțiale complexe (conștiența afectată)

1. parțiale simple, urmate de afectarea conștienței
2. cu afectarea conștienței de la debut  
cu afectarea izolată a conștienței  
cu automatisme

###### C. Crize parțiale cu evoluție în secundar generalizate

1. parțiale simple cu evoluție în generalizate
2. parțiale complexe cu evoluție în generalizate
3. parțiale simple cu evoluție ulterioară în parțiale complexe, apoi în generalizate

##### II. Crize generalizate (convulsive sau neconvulsive)

###### A. Absențe

1. tipice
2. atipice

###### B. Crize mioclonice

###### C. Crize clonice

###### D. Crize tonice

###### E. Crize tonico-clonice

###### F. Crize atonice (astatice)

#### Caseta 2. Clasificarea crizelor epileptice (ILAE 2010) [18]

##### I. Crize generalizate

###### A. Crize tonico-clonice

###### B. Absențe

1. tipice
2. atipice
3. mioclonice
4. cu mioclonii palpebrale

###### C. Crize mioclonice

1. mioclonice
2. mioclonice atonice
3. mioclonice tonice

###### D. Crize clonice

###### E. Crize tonice

###### F. Crize atonice

##### II. Crize focale

###### A. Fără alterarea conștienței

1. cu simptome motorii și/sau autonome observabile\*
2. cu numai fenomene senzorii sau psihice\*\*

###### B. Cu alterarea conștienței (crize discognitive)\*\*\*

###### C. Cu trecere în crize convulsive bilaterale (inclusiv componentele tonic, clonic sau tonico-clonic)\*\*\*\*

##### III. Crize necunoscute

- Spasme epileptice
*Corespunde conceptului de criză parțială simplă
**Corespunde conceptului de aură
***Corespunde conceptului de criză parțială complexă
****Corespunde conceptului de criză secundar generalizată

<b>Caseta 3. Clasificare SE 2015 (după semiologie) [5]</b>
(A) Cu simptome motorii evidente A.1 SE convulsiv (SEC, sinonim: SE tonico-clonic) A.1.a. Generalizat convulsiv A.1.b. Debut focal cu evoluție în SE convulsiv bilateral A.1.c. Necunoscut ca focal sau generalizat A.2 SE mioclonic (crize epileptice mioclonice evidente) A.2.a. Cu comă A.2.b. Fără comă A.3 SE focal motor A.3.a. Crize focale motorii repetate (Jacksoniene) A.3.b. Epilepsia parțială continuă A.3.c. SE adversiv A.3.d. SE oculoclonic A.3.e. Pareza ictală (SE focal inhibitor) A.4 SE tonic A.5 SE hiperkinetic
(B) Fără simptome motorii evidente (SE nonconvulsiv, SENC) B.1 SENC cu comă (inclusiv așa-numitul SE "subtil") B.2 SENC fără comă B.2.a. Generalizat B.2.a.a Status absență tipică B.2.a.b Status absență atipică B.2.a.c Status absență mioclonică B.2.b. Focal B.2.b.a Fără afectarea stării de conștiență (aura continua cu manifestări autonome, senzoriale, vizuale, olfactive, gustative, emoționale/psihice/experiențiale, sau simptome auditive) B.2.b.b Status afazic B.2.b.c Cu alterarea stării de conștiență B.2.c Necunoscut ca focal sau generalizat B.2.c.a SE autonom

<b>Caseta 4. Clasificare SE 2015 (după etiologie) [5]</b>
Cunoscută (simptomatică) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acut (AVC, intoxicație, malarie, encefalită, etc.)</li> <li>• La distanță (posttraumatic, postencefalită, post-AVC, etc.)</li> <li>• Progresiv (tumori cerebrale, boala Lafora și alte EMP, demență)</li> <li>• SE în sindroame electroclinice definite</li> </ul>
Necunoscută (criptogenă)

<b>Caseta 5. Clasificare SE 2015 (după corelările EEG) [5]</b>
1. Localizarea: generalizat (inclusiv paterne sincrone bilaterale), lateralizat, bilateral independent, multifocal).
2. Denumirea pattern-ului: descărcări periodice, activitatea delta ritmică sau spike-undă

<p>lentă/unda ascuțită-undă lentă plus subtipurile.</p> <p>3. Morfologie: ascuțimea, numărul de faze (de exemplu, morfologie trifazică), amplitudinea absolută și relativă, polaritatea.</p> <p>4. Caracteristici legate de timp: prevalența, frecvența, durata, durata zilnică a pattern-ului și indexului, debutul (brusc vs. treptat) și dinamica (în evoluție, fluctuant sau static).</p> <p>5. Modulare: spontan sau indus de stimuli.</p> <p>6. Efectul intervenției (medicamentului) asupra EEG</p>
--

#### **Caseta 6. Clasificare SE 2015 (după vârstă) [5]**

1. Neonatal (până la 30 de zile).
2. Vârstă fragedă (1 lună până la 2 ani).
3. Copilărie (de la 2 până la 12 ani).
4. Adolescență și vârsta adultă (de la 12 la 59 de ani).
5. Vârstnici (cu vârsta  $\geq 60$  de ani).

### **C.2.2. Conduita pacientului cu SE**

#### **C.2.2.1. Anamneza**

##### **Caseta 7. Anamneza**

#### **1. Anamneza evenimentului**

- 1.1. descrierea amănunțită a debutului și evoluției crizei epileptice și a circumstanțelor acesteia de către o persoană martor sau aparținător la posibilitate, a semiologiei crizei
- 1.2. prezența simptomelor prodromale (aura)
- 1.3. durata crizei epileptice și rezolvarea acesteia
- 1.4. deficitul neurologic eventual prezent

#### **2. Anamneza medicală**

- 2.1. crize epileptice în anamneză
- 2.2. antecedente antenatale și perinatale patologice
- 2.3. malformații congenitale
- 2.4. convulsii febrile
- 2.5. afecțiuni cerebrovasculare și cardiovasculare
- 2.6. tumori cerebrale și extracerebrale
- 2.7. boli infecțioase a SNC
- 2.8. traumatism craniocerebral
- 2.9. maladii endocrine
- 2.10. dereglări electrolitice
- 2.11. abuz de substanțe (alcool, droguri, toxice etc)

#### **3. Anamneza familială**

- 3.1. convulsii febrile
- 3.2. epilepsia la rude de gradul I, părinți și rude apropiate
- 3.3. anamneză de maladii neurologice, genetice

#### **4. Anamneza socială**

- 4.1. starea civilă
- 4.2. ocupația

#### **C.2.2.2. Manifestările clinice**

##### **Caseta 8. Manifestările clinice\* [19]**

#### **I. Crize parțiale (focale)**

##### **A. Crize parțiale simple (conștiență păstrată)**

- sunt de scurtă durată (până la 1 min)
- forma clinică depinde de aria corticală implicată în proces cu manifestări:
  - **motorii** (clonii, spasme tonice)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>somatosensoriale</b> (senzații de electrocutare, lovitură, durere, amorțeală, zgomot, culori, senzații epigastrice ascendente)</li> <li>• <b>autonome</b> (modificări a culorii tegumentelor, tensiunii arteriale, frecvenței cardiace, dimensiunii pupilelor)</li> <li>• <b>psihice</b> (tulburări disfazice, dismnestice, cognitive, afective; depresii, iluzii, macropsii, micropsii, halucinații)</li> </ul> <p><b>B. Crize parțiale complexe</b> (conștiința afectată) în forma completă au 3 componente: <b>aura, alterarea conștiinței și automatismele</b> (oroalimentare, mimici, gesturale, ambulatorii, verbale, reflectorii, comportament violent)</p>
<p><b>II. Crize generalizate (convulsive sau neconvulsive)</b></p> <p><b>A. Absențe</b></p> <p><b>1. Tipice</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• stoparea activității motorii</li> <li>• pierderea bruscă a conștiinței</li> <li>• tonusul prezent (menținerea posturii)</li> <li>• se finisează brusc</li> <li>• lipsa confuziei sau altor dereglări de conștiință imediat după criză</li> <li>• amnezie completă</li> <li>• pot fi precipitate de oboseală, somnolență, relaxare, fotostimulare, hiperventilare</li> </ul> <p><b>2. Atipice</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• continuarea activității anterioare crizei (automatisme motorii)</li> <li>• pierderea incompletă a conștiinței</li> <li>• modificarea tonusului muscular</li> <li>• stoparea treptată a crizei</li> <li>• amnezie incompletă</li> </ul>
<p><b>B. Crize mioclonice</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• contracții musculare bruște, de scurtă durată (20-120 ms)</li> <li>• unice sau repetitive,</li> <li>• axiale, cefalice, în membrele superioare și/sau inferioare, generalizate</li> <li>• ca severitate – de la o scurtă secusă musculară izolată până la mișcări mioclonice ample, generalizate</li> <li>• este posibilă pierderea bruscă a posturii, sau propulsia corpului</li> <li>• pierderea conștiinței de scurtă durată (20-120 ms), poate să nu fie sesizată de pacient</li> </ul>
<p><b>C. Crize clonice</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mișcări clonice, de obicei asimetrice și neregulate</li> <li>• cel mai frecvent prezente la noi-născuți, sugari sau copii mici</li> <li>• sunt întotdeauna simptomatice</li> </ul>
<p><b>D. Crize tonice</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• contracție musculară generalizată tonică (extensia capului, contracția mușchilor faciali, ochii larg deschiși, mișcarea globilor oculari în sus, contracția mușchilor respiratorii, contracția musculară în membrele superioare și inferioare)</li> <li>• conștiința alterată</li> <li>• posibil plâns urmat de apnee</li> </ul>
<p><b>E. Crize tonico-clonice</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• debut brusc, cu pierderea conștiinței, posibil ”strigăt epileptic”</li> <li>• pierderea bruscă a posturii, cu o perioadă scurtă de flexie tonică, urmată de rigiditate și extensie axială, ochii deviați în sus, încheștarea dinților, stop respirator, cianoză</li> <li>• ulterior – faza clonică cu respirație stertoroasă, hipersalivare, manifestări vegetative, incontinență urinară</li> <li>• faza tonică – 10-30 sec, faza clonică – 30-60 sec, urmată de faza finală cu flaciditate</li> </ul>



musculară, cu o perioadă variabilă de confuzie postictală
<b>F. Crize atonice (astatice)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• modificarea tonusului muscular (abolirea) poate fi regională (balansarea/aplecarea capului, aplecarea trunchiului, căderea în genunchi) sau generalizată (pierderea bruscă a posturii)</li> <li>• sunt de scurtă durată și sunt urmate de restabilirea imediată a conștienței</li> </ul>
*manifestările clinice ale SE sunt determinate de tipul crizei epileptice

### C.2.2.3. Examenul fizic

<b>Caseta 9. Examenul fizic</b>
1. Examenul fizic propriu-zis complet <ul style="list-style-type: none"> <li>• sistemul respirator</li> <li>• sistemul cardiovascular</li> <li>• sistemul digestiv</li> <li>• sistemul urogenital</li> <li>• sistemul endocrin</li> </ul> 2. Examenul neurologic <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivelul de conștientă</li> <li>• Evaluarea semnelor meningiene</li> <li>• Semnelor de focar</li> </ul>

### C.2.2.4. Investigațiile paraclinice

<b>Caseta 10. Investigațiile paraclinice. Analize de laborator obligatorii.</b>
1. AGS 2. AGU 3. ABS 4. glucometria 5. ionograma 6. reacția Wassermann
<b>Caseta 11. Investigațiile paraclinice. Analize de laborator suplimentare.</b>
1. concentrația plasmatică a MAE 2. prolactina serică 3. coagulograma 4. probele reumatice 5. analiza LCR 6. hemocultura 7. analiza la TORCH

<b>Caseta 12. Investigațiile paraclinice. Investigații instrumentale obligatorii.</b>
1. IRM 3T (după protocolul Epilepsie în cazuri individualizate)* 2. video-EEG standard sau video-EEG monitoring de lungă durată* 3. ECG *(vezi Protocolul Clinic Național 'Epilepsia')
<b>Caseta 13. Investigațiile paraclinice. Investigații instrumentale suplimentare.</b>
1. Ecografia doppler a vaselor intracraniene și/sau extracraniene 2. USG organelor interne 3. R-grafia regiunii cervicale (per os la C <sub>1</sub> -C <sub>2</sub> , în 2 proiecții, cu probe funcționale în flexie și extensie) 4. R-grafia cutiei toracice
<b>Caseta 14. Etapele de diagnostic</b> (este necesar să fie finalizate cât mai curând posibil și să fie efectuate simultan și în paralel cu tratamentul)

**La toți pacienții:**

1. Glicemia din deget – “finger-stick”
2. Monitorizarea semnelor vitale.
3. TC cerebrală (în situațiile de urgență este standardul de aur).
4. Comandați în laborator: glucoza din sânge, hemoleucograma, profilul metabolic de bază, calciu (total și ionizat), magneziu, nivelurile de MAE.
5. Monitorizare electroencefalografică continuă (video-EEG)

**Luați în considerare în funcție de prezentarea clinică**

1. IRM 1,5/3T
2. PL
3. Profilul toxicologic total (în sânge și urină), inclusiv toxinele care cauzează frecvent crize (izoniazida, antidepresivele triciclice, teofilină, cocaina, simpatomimeticele, alcoolul, organofosfații și ciclosporina)
4. Alte teste de laborator: teste funcționale hepatice, troponinele serice, coagulograma, gazele sanguine arteriale, nivelurile MAE, testele erorilor metabolice congenitale

**Caseta 15. Consultații medici specialiști**

1. Epileptolog
2. Oftalmolog
3. Endocrinolog
4. Genetician
5. Neuropediatru
6. Neurochirurg
7. Psiholog/psihiatru

**C.2.2.5. Diagnosticul diferențial****Caseta 16. Diagnosticul diferențial [20]**

1. Tulburări de mișcare (tremor, coree, ticuri, reacții distonice, hemibalism)
2. Postura de decerebrare, decorticare, sindrom „Locked-in”, mutismul akinetic
3. Tulburări psihice (pseudocrize/tulburare de conversie, psihoză acută)
4. Tetanus
5. Sindrom neuroleptic malign
6. Encefalopatii acute (toxice, metabolice, de exemplu., hipoglicemie, insuficiența organică, sindrom de abțință, etc.)
7. Tulburări de somn (narcolepsie, cataplexie, parasomnii)
8. Sincopă (cardiacă, vagală, hipovolemica etc.)
9. AVC
10. Traumatism cranio-cerebral
11. Amnezie tranzitorie globală

**C.2.2.6. Criterii de spitalizare****Caseta 17. Criterii de spitalizare****În secția neuroreanimare/TI neurologică/reanimare**

- a) SE de orice tip
  - b) Crize epileptice asociate cu alte urgențe medico-chirurgicale majore
- \*SE este o urgență neurologică cu indicație absolută pentru spitalizare

### C.2.2.7. Tratamentul SE

**NOTĂ** Produsele neînregistrate în Nomenclatorul de Stat al medicamentelor vor fi marcate cu asterisc (\*) și însoțite de o argumentare corespunzătoare pentru includerea lor în protocol. Toate corecțiile sunt marcate cu culoarea roșie.

#### C. 2.2.7.1. Tratamentul crizei epileptice acute [21]

##### Caseta 18. Tratamentul crizei epileptice acute

1. asigurarea permeabilității căilor respiratorii, poziționarea în decubit lateral
2. prevenirea traumatismelor secundare crizei prin îndepărtarea de la obiectele tăioase/ascuțite, apă, surse de foc
3. administrarea Diazepamum tub rectal 10 mg (0,15-0,2 mg/kg la adult, până la 0,4 mg/kg la copil), sau 5 mg (pentru copii până la 15 kg), poate fi repetată peste 10 min dacă criza continuă
4. dacă criza epileptică continuă > 5 min, se tratează ca SE

#### C. 2.2.7.2. Tratamentul SE [16, 22, 23]

##### Caseta 19. Tratamentul SE

1. faza de stabilizare (0-5 min)
  - a) asigurarea permeabilității căilor respiratorii, poziționarea în decubit lateral, intubarea oro-traheală (la necesitate)
  - b) administrarea oxigenului
  - c) stabilizarea indicilor hemodinamici
  - d) Sol. Thiamini hydrochloridum 100 mg i/v
  - e) Sol. Glucosum 40%-50 ml (20000 mg) i/v
  - f) Sol. Diazepamum 10 mg (0,15-0,2 mg/kg) i/r sau i/v
2. faza terapiei inițiale (5-20 min)
3. Sol. Phenytoinum 18-20 mg/kg, până la 50 mg/min, faza terapiei secundare (20-40 min)
4. Sol. Phenobarbitalum 15-20 mg/kg, până la 100 mg/min, faza terapiei terțiale (40-60 min)
  - a) Sol. Propofolum 20-50 μg/kg/min
  - b) sau Sol. Midazolamum 0,1-0,2 mg/kg bolus, apoi 0,05-0,5 mg/kg/h) până la sistarea crizelor [24]

##### Caseta 20. Tratamentul SE, priorități în managementul inițial [22]

- 1. Priorități pentru primele 0-5 min**
  - restabilirea/păstrarea noninvasivă a permeabilității căilor respiratorii
  - verificarea parametrilor vitali
  - obținerea accesului i/v
  - examenul neurologic
  - glicemia, administrarea glucozei la necesitate
  - administrarea benzodiazepinelor
  - repleția volemică
- 2. Priorități pentru primele 15 min**
  - intubare la necesitate
  - MAE de linia 2
  - suport vascular în hipotensiune
  - ECG
  - teste de laborator (AGS, ionograma, nivelul seric al MAE)
- 3. Priorități pentru primele 15-60 min**

- MAE de linia 3
- EEG
- TC cerebral
- PL
- teste de laborator adiționale (teste funcționale hepatice, coagulograma, gazele sanguine, analize toxicologice)

#### 4. Pe parcursul primelor 12-24 ore

- IRM cerebrală (în cazuri strict individualizate)

**Caseta 21. Tratamentul SE, medicație și dozaj [22, 24]**

MAE	Dozare inițială	Ratele de administrare și recomandări de dozare alternativă	Efecte adverse	Considerații
Diazepamum	0,15-0,2 mg/kg i/v, până la 10 mg	până la 5 mg/min i/v; copii cu vârsta 2-5 ani 0,5 mg/kg; per rectum 6-11 ani 0,3 mg/kg per rectum; >12 ani 0,2 mg/kg per rectum, se poate de repetat peste 5 min	hipotensiune, depresie respiratorie	redistribuire rapidă, metabolit activ
Phenytoinum	18-20 mg/kg i/v	până la 50 mg/min i/v; pentru copii până la 1 mg/kg/min	aritmii, hipotensiune, sindromul "purple gloves" (foarte rar)	compatibil numai în soluție salină, monitoring cardiac la încărcare
Phenobarbitalum	15-20 mg/kg i/v	50-100 mg/min i/v,	hipotensiune, depresie respiratorie	
Midazolamum	0,1-0,2 mg/kg bolus, apoi 0,05-0,5 mg/kg/h)	la copii 10 mg i/m (> 40 kg), 5 mg i/m (13-40 kg); 0,2 mg/kg (intranazal); 0,5 mg/kg (bucal)	depresie respiratorie, hipotensiune	metabolit activ, eliminare renala, redistribuirea rapidă
Propofolum	3-5 mg/kg bolus, apoi 20-50 μg/kg/min continuu	la copiii mici este contraindicat, cu precauție doze mai mari de 65 μg/kg/min	hipotensiune, depresie respiratorie, insuficiență cardiacă, rabdomioliză, acidoză metabolică, sindrom de infuzie cauzat de propofol	necesită ventilație pulmonară mecanică; ajustarea aportului caloric (1,1 kcal/ml)
Levetiracetamum	1000-3000 mg i/v, la copii 20-60 mg/kg i/v	2-5 mg/kg/min i/v	prelungirea PR hipotensiune arterială	interacțiuni medicamentoase minime
Lacosamidum*	200-400 mg i/v	200 mg i/v timp de 15 min dozare pediatrică nu este	interval PR prelungit la ECG, hipotensiune	experiența limitată în tratamentul SE

		stabilita		
Topiramatum	200-400 mg prin tub nazo-gastral sau per os	300-1600 mg/zi, divizate în 2-4 prize dozarea pediatrică nu este stabilită	acidoză metabolică	nici o formă i/v disponibilă
Lorazepamum*	0,1 mg/kg i/v până la 4 mg, se poate de repetat peste 5-10 min	până la 2 mg/min i/v;	hipotensiune, depresie respiratorie	diluat 1:1 cu soluție salină
*Acidum valproicum	20-40 mg/kg i/v adițional doza suplimentară peste 10 min după perfuzia de încărcare;	3-6 mg/kg/min, pentru copii 1,5-3 mg/kg/min	hiperamonemie, pancreatită, trombocitopenie, hepatotoxicitate	utilizare cu precauție la pacienții cu leziune traumatică a capului; agent de preferat la pacienții cu glioblastom multiform
* la momentul elaborării protocolului în cauză, aceste medicamente nu sunt înregistrate în Nomenclatorul de Stat al medicamentelor din Republica Moldova				

**Caseta 22. Medicamente antiepileptice, indicații în dependență de tipul crizei\* [25-27]**

Tipul crizei	MAE de ordinul I	MAE adjuvantă	Alte MAE, la nivel terțiar	MAE ce nu sunt recomandate (pot agrava crizele epileptice)
Tonico-clonică generalizată	Lamotriginum Oxcarbazepinum* Acidum valproicum	Clobazamum* Lamotriginum Levetiracetamum Acidum valproicum Topiramatum		În cazul în care debutează cu absențe sau mioclonii (suspecție la JME): Carbamazepinum, Gabapentinum Oxcarbazepinum* Phenytoinum Pregabalinum Tiagabinum* Vigabatrinum*
Tonică sau atonică	Acidum valproicum	Lamotriginum	Rufinamidum* Topiramatum	Carbamazepinum Gabapentinum Oxcarbazepinum* Pregabalinum Tiagabinum * Vigabatrinum*
Absență	Ethosuximidum* Lamotriginum Acidum valproicum	* Ethosuximidum Lamotriginum Acidum valproicum	Clobazamum* Clonazepamum Levetiracetamum	Carbamazepinum Gabapentinum Oxcarbazepinum*

			Topiramatum Zonisamidum*	Phenytoinum Pregabalinum Tiagabinum* Vigabatrinum*
Mioclonică	Levetiracetamum Acidum valproicum Topiramatum	Levetiracetamum Acidum valproicum Topiramatum	Clobazamum* Clonazepamum Piracetamum Zonisamidum*	Carbamazepinum Gabapentinum Oxcarbazepinum* Phenytoinum Pregabalinum Tiagabinum * Vigabatrinum*
Focală	Carbamazepinum Lamotriginum Levetiracetamum Oxcarbazepinum* Acidum valproicum	Carbamazepinum Clobazamum* Gabapentinum Lamotriginum Levetiracetamum Oxcarbazepinum* Acidum valproicum Topiramatum	Eslicarbazepinum* Lacosamidum Phenobarbitalum Phenytoinum Pregabalinum Tiagabinum* Vigabatrinum* Zonisamidum*	
<p>* la momentul elaborării protocolului în cauză, aceste medicamente nu sunt înregistrate în Nomenclatorul de Stat al medicamentelor din Republica Moldova . NB ! se administrează obligatoriu în toate tipurile de SE după sistarea crizelor epileptice</p>				

<b>Caseta 23. MAE. Date de licențiere în RM la momentul elaborării protocolului</b>	
<b>MAE</b>	<b>Dozaj înregistrat</b>
Acetazolamidum	
Acidum valproicum	150/300/500 mg, 300mg/5ml-250ml
Carbamazepinum	100/150/200/300/400/600 mg, 100mg/5ml-250ml
Clobazamum*	nu este înregistrat
Clonazepamum	0,5/2 mg
Diazepamum	10/5 mg
Eslicarbazepinum*	nu este înregistrat
Ethosuximidum*	nu este înregistrat
Phelbamatum*	nu este înregistrat
Phenytoinum	50mg/ml-5ml; 117 mg
Phenobarbitalum	200mg/ml-1ml; 100 mg
Gabapentinum	100/300/400 mg
Lacosamidum*	nu este înregistrat
Lamotriginum	25/50/100 mg
Levetiracetamum	250/500/750/1000 mg;
Midazolamum	5mg/1ml; 5mg/5ml
Oxcarbazepinum*	nu este înregistrat
Pregabalinum	25/50/75/150/200/225/300 mg
Rufinamidum	nu este înregistrat
Stiripentolum*	nu este înregistrat
Tiagabinum*	nu este înregistrat

Topiramatum	25/50/100/200 mg
Vigabatrinum*	nu este înregistrat
Zonisamidum*	nu este înregistrat
Propofolum	10mg/ml-20ml
Thiopentalum natricum	500/1000 mg

**Caseta 24. Rezumatul tratamentului critic pentru SE convulsiv și nonconvulsiv, care trebuie efectuat înainte sau la sosirea în unitatea de TI (durata este doar ca ghidare, toate intervențiile ar trebui să se facă cât mai curând posibil.)**

Tratamentul critic	Sincronizarea (minute de la debutul crizei)	Scopuri
Protecția non-invazivă a căilor respiratorii și poziționarea capului pentru schimb de gaze	Imediată (0-2 min)	Menținerea permeabilității căilor respiratorii pentru a evita sforăitul, administrați O <sub>2</sub>
Intubarea (în cazul în care schimbul de gaze este compromis sau se suspectă presiune intracraniană ridicată)	Imediată (0-10 min)	Stabilirea unei oxigenări sigure și ventilare
Semnele vitale: saturație O <sub>2</sub> , TA, FCC	Imediată (0-2 min)	Stabilirea și susținerea semnelor vitale de bază
Suport vazopresor dacă TAs <90 mm Hg sau TAm <70 mm Hg	Imediată (5-15 min)	Suport cardiorespirator
Glicemia din deget	Imediată (0-2 min)	Diagnosticarea hipoglicemiei
Acces i/v periferic pentru:		
1. Terapia inițială (MAE de urgență - benzodiazepine)	Imediată (0-5 min)	1. Jugularea crizei
2. Resuscitare volemică	Imediat după MAE administrat	2. Stabilizare euvoletică
3. Resuscitare nutrițională	Inițial (5-10 min)	3. Suplinirea deficitului de tiamina, tratați hipoglicemia
4. Terapia de control de urgență a SE cu MAE imediat după administrarea inițială a MAE parenterale	Urgent (5-10 min)	4. Prevenirea crizei epileptice
Examenul neurologic	Imediat (5 min)	
Triajul testelor de laborator	Imediat (5 min)	Aprecierea dereglărilor metabolice
Tratamentul SE refractar	Urgent (20-60 min după al 2-MAE)	Strategia de tratament bazată pe pacient și răspunsul individual la MAE (dacă este cazul)
Cateter urinar	Urgent (0-60 min)	Evaluarea circulației sistemice
video-EEG continuu	Urgent (15-60 min)	Evaluarea pentru SENC
Teste de diagnostic, selectate în funcție de prezentarea clinică:		
PL TC IRM	Urgent (0-60 min)	Evaluarea pentru leziuni de masă, meningită, encefalită

Monitorizarea presiunii intracraniene (În funcție de prezentare clinică)	Urgent (0-60 min după diagnosticul prin imagistică)	Măsurarea și controlul presiunii intracraniene
---	---	--

### C.2.2.8 Evoluția SE [28]

<b>Caseta 25. Evoluția SE</b>		
Evoluția SE este determinată de mai mulți factori (etiologie, tipul de criză, vârsta pacientului etc). Pentru aprecierea severității SE, a ratei de supraviețuire în dependență de mai mulți factori, a fost elaborat scorul de severitate al SE (SSSE).		
<b>Caracteristici</b>		<b>SSSE</b>
Conștiența	Alert sau somnolent.confuz	0
	Stuporos sau comatos	1
Vârsta	< 65 ani	0
	> 65 ani	2
Tipul crizei	Parțială simplă/parțial complexă/absență/mioclonică	0
	TCG	1
	SENC în comă	2
Istoric de crize	Da	0
	Nu sau necunoscut	1
Total		0 – 6
<b>Interpretare</b>		
<b>Scorul 0 - 2</b>	Pronostic favorabil	
<b>Scorul 2 - 6</b>	Pronostic nefavorabil	

### C.2.2.9 Supravegherea pacienților după SE

<b>Caseta 26. Supravegherea pacienților după SE</b>
Pacienții care au suportat SE necesită să fie consultați de medicul epileptolog, investigați prin video-EEG monitoring de durată și IRM (vezi Protocolul Clinic Național 'Epilepsia la adult').

### C.2.3. Complicațiile SE [29]

<b>Caseta 27. Complicațiile SE</b>
<b>I. Cerebrale</b>
1. Hipoxie/leziuni cerebrale metabolice
2. Leziuni cerebrale induse de criză
3. Edem cerebral și presiunea intracraniană crescută
4. Tromboza venoasă cerebrală
5. Hemoragie cerebrală și infarct
<b>II. Cardiorespiratorii și vegetative</b>
1. Hipotensiune
2. Hipertensiune
3. Insuficiență cardiacă, tahicardie și bradiaritmii, stop cardiac
4. Șoc cardiogen
5. Insuficiență respiratorie
6. Tulburări ale ritmului respirator și de ritm, apnee
7. Edem pulmonar, hipertensiune arterială, embolie, pneumonie,
8. Aspirație
9. Hiperpirexie
10. Transpirații, hipersecreție/obstrucție traheobronșică



III. Metabolice și sistemice
1. Dehidratare
2. Tulburări electrolitice (în special hiponatriemie, hiperkaliemie, hipoglicemie)
3. Insuficiență renală acută (în special, necroză tubulară acută)
4. Insuficiență hepatică acută
5. Pancreatită acută
IV. Altele
1. Coagulopatie intravasculară diseminată / insuficiență multiplă de organe
2. Rabdomioliză
3. Fracturi
4. Infecții (în special pulmonare, cutanate, urinare)
5. Tromboflebită

**D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI**

<p><b>D.1. Serviciul de asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească (echipa de profil general și echipe specializate) 903 (112)</b></p>	<p><b>Personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medic de urgență</li> <li>• asistent medical</li> </ul>
	<p><b>Aparataj, utilaj:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tonometru</li> <li>• fonendoscop</li> <li>• electrocardiograf portabil</li> <li>• glucometru</li> <li>• set pentru intubare (echipă)</li> <li>• oxigen</li> </ul>
	<p><b>Medicamente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diazepamum tub rectal</li> <li>• Glucosum injectabilă 40%</li> <li>• Thiamini hydrochloridum injectabilă</li> </ul>
<p><b>D.2. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de neurologie ale spitalelor raionale, municipal, secție de epileptologie</b></p>	<p>• <b>Personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medic neurolog</li> <li>• medic neurochirurg</li> <li>• medic neuropediatru</li> <li>• medic internist (cardiolog, endocrinolog)</li> <li>• medic oftalmolog</li> <li>• medic neurofiziolog</li> <li>• medic imagist;</li> <li>• medici de laborator;</li> <li>• laboranți cu studii medii;</li> <li>• asistente medicale;</li> <li>• acces la consultați calificate: genetician, infecționist, nefrolog, endocrinolog, reanimatolog</li> <li>• asistente medicale</li> </ul>
	<p>• <b>Aparataj, utilaj:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tonometru</li> <li>• fonendoscop</li> <li>• electrocardiograf</li> <li>• glucometru portabil</li> <li>• cabinet de diagnostic funcțional dotat cu echipament EEG</li> <li>• ultrasonograf;</li> <li>• radiograf</li> <li>• tomograf computerizat, aparat IRM;</li> <li>• laborator clinic standard pentru realizare de: AGS, AGU, ABS, ionograma, indici toxicologici</li> <li>• laboratoare microbiologic și imunologic</li> </ul>
	<p><b>Medicamente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• antiepileptice</li> <li>• diuretice</li> <li>• antiemetice;</li> <li>• sedative;</li> <li>• analgezice;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vasculare;</li> <li>• reologice;</li> <li>• antibacteriene.</li> <li>• oxigen;</li> <li>• medicamente pentru tratamentul complicațiilor;</li> <li>• medicamente pentru tratamentul maladiilor concomitente.</li> </ul>
<p><b>D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de reanimare ale spitalelor raionale, secții neuroreanimare/TI neurologică</b></p>	<p><b>Personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medic reanimatolog</li> <li>• medic consultant neurolog</li> <li>• medic consultant internist (cardiolog, endocrinolog)</li> <li>• medic consultant oftalmolog</li> <li>• asistente medicale</li> <li>• acces la consultații calificate: pediatru, neurochirurg, genetician, infecționist, nefrolog, endocrinolog</li> </ul>
	<p><b>Aparataj, utilaj:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• monitor al funcțiilor vitale</li> <li>• tonometru, fonendoscop</li> <li>• electrocardiograf</li> <li>• glucometru portabil</li> <li>• instalație pentru asigurarea fluxului de O<sub>2</sub></li> <li>• laborator clinic standard pentru realizare de: AGS, AGU, ABS, ionograma, indici toxicologici</li> <li>• aparat de ventilare artificială a plămânilor;</li> <li>• laringoscop și accesorii necesare pentru intubare</li> </ul>
	<p><b>Medicamente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• antiepileptice;</li> <li>• diuretice;</li> <li>• antiemetice;</li> <li>• sedative;</li> <li>• analgezice;</li> <li>• vasculare;</li> <li>• reologice;</li> <li>• antibacteriene.</li> <li>• oxigen;</li> <li>• medicamente pentru tratamentul complicațiilor;</li> <li>• medicamente pentru tratamentul comorbidităților</li> </ul>

## E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	Aprecierea calității examinărilor clinice și paraclinice ale pacienților cu SE	1.1. Ponderea de pacienți, diagnosticați cu SE, cărora li s-a efectuat examenul clinic și cel paraclinic, obligatoriu complet, conform recomandărilor din Protocolul Clinic Național SE pe parcursul ultimelor 12 luni (în %)	Numărul de pacienți cu diagnosticul stabilit de SE, cărora li s-a efectuat examenul clinic și cel paraclinic, obligatoriu complet, conform recomandărilor din Protocolul Clinic Național SE, pe parcursul ultimelor 12 luni x 100	Numărul total de pacienți, cărora a fost stabilit diagnosticul de SE, pe parcursul ultimelor 12 luni
2.	Aprecierea calității AMU pacienților cu SE	2.1. Ponderea pacienților, diagnosticați cu SE, cărora li s-a acordat primul ajutor calificat la etapa prespitalicească de către AMU generală și specializată, conform recomandărilor din Protocolul Clinic Național SE, pe parcursul ultimelor 12 luni (în %)	Numărul de pacienți cu diagnosticul stabilit de SE, cărora li s-a acordat primul ajutor calificat la etapa prespitalicească de către AMU generală și specializată, conform recomandărilor din Protocolul Clinic Național SE, pe parcursul ultimelor 12 luni x 100	Numărul total de pacienți, cărora a fost stabilit diagnosticul de SE, pe parcursul ultimelor 12 luni
3.	Aprecierea calității serviciilor calificate, acordate pacienților cu SE la etapa specializată	3.1. Ponderea pacienților, diagnosticați cu SE, cărora li s-a acordat servicii calificate la etapa specializată, conform recomandărilor din Protocolul Clinic Național SE, pe parcursul ultimelor 12 luni (în %)	Numărul de pacienți, cu diagnosticul stabilit de SE, cărora li s-a acordat servicii calificate la etapa specializată, conform recomandărilor din Protocolul Clinic Național SE, pe parcursul ultimelor 12 luni x 100	Numărul total de pacienți, cărora a fost stabilit diagnosticul de SE, pe parcursul ultimelor 12 luni
4.	Aprecierea gradului de profilaxie a crizelor recurente la pacienții, care au suportat SE	4.1. Ponderea pacienților, diagnosticați cu SE, care au dezvoltat crize recurente pe parcursul ultimelor 12 luni (în %)	Numărul de pacienți, cu diagnosticul stabilit de SE, care au dezvoltat crize recurente, pe parcursul ultimelor 12 luni x 100	Numărul total de pacienți, cărora a fost stabilit diagnosticul de SE, pe parcursul ultimelor 12 luni

## F.ANEXE

### **Anexa 1. Ghidul pentru pacient cu epilepsie și persoanele care asistă [30]**

În conformitate cu ghidul pentru pacient și familia sa, (Devinsky, 2007; adaptat de AAN, 2013), sunt stabiliți următorii pași, necesar de efectuat, în caz când o persoană dezvoltă criză epileptică:

1. Întoarcerea persoanei lateral pentru prevenirea sufocării prin lichide sau vomă.
2. Aranjarea capului pe suprafață moale (pernă) pentru evitarea traumelor.
3. Desfacerea hainelor strânse în jurul gâtului.
4. Păstrarea căilor respiratorii permeabile; dacă e necesar apucarea ușoară a mandibulei și aplecarea capului posterior.
5. De a nu restricționa mișcările persoanei, în afara cazului când persoana se află în pericol.
6. De a nu aplica nimic în gura persoanei (medicamente sau lichide), cu excepția indicațiilor îngrijitorului.
7. Eliminarea obiectelor ascuțite sau solide, care ar putea provoca leziuni pe parcursul crizei epileptice.
8. Notarea duratei crizei epileptice și simptomele ce survin, care ar putea fi utile de povestit medicilor de urgență.
9. Asistarea persoanei pe durata întregii crize.
10. Chemarea ambulanței în cazul când persoana se traumează, dacă persoana nu respiră sau alte motive complicate.

### **Planificarea comportamentală a unei persoane ce dezvoltă criză epileptică.**

1. Purtarea unei brățări cu informația despre MAE administrate.
2. Îndeplinirea agendei crizelor (data, ora și durata crizei epileptice; factorii declanșatori posibili și descrierea crizei).
3. Organizarea numerelor de contact în caz de urgență.
4. Recunoașterea auzului și semnelor de debut al crizei epileptice și deplasarea spre localuri sigure sau ocuparea pozițiilor neprimejdioase.
5. Recunoașterea trigger-ilor proprii ce pot declanșa criza epileptică (de exemplu, deprivarea de somn, abuz alcool, stres, modificări hormonale).
6. Protejarea de circumstanțe periculoase (colțuri ascuțite, înălțimi, bazine, șeminee etc).
7. Reanalizarea planului referitor la rude și îngrijitori de copii

### **Anexa 2. Lista etiologiilor care pot cauza SE (nu este exhaustivă) [5]**

1. Boli cerebrovasculare
  - a. AVC ischemic
  - b. hemoragie intracerebrală
  - c. hemoragie subarahnoidiană
  - d. hematom subdural
  - e. hematom epidural
  - f. sinus tromboză venoasă și tromboză venoasă corticală
  - g. sindromul leucoencefalopatiei posterioare reversibile
  - h. demența vasculară
2. Infecțiile sistemului nervos central
  - a. meningita bacteriană acută
  - b. meningita bacteriană cronică
  - c. encefalită virală acută (inclusiv encefalita Japoneză B, encefalita herpes simplex, herpes virus uman tip 6)
  - d. leucoencefalopatia multifocală progresivă
  - e. toxoplasmoză cerebrală
  - f. tuberculoza
  - g. neurocisticercоза
  - h. malarie cerebrală

- i. infecții bacteriene atipice
  - j. boli legate de infecția HIV/SIDA
  - k. maladii prionice (boala Creutzfeldt-Jakob)
  - l. infecții protozoice
  - m. boli micotice
  - n. panencefalita sclerozantă subacută
  - o. encefalita progresivă rubeolică
3. Maladii neurodegenerative
- a. boala Alzheimer
  - b. degenerare corticobazală
  - c. dementa fronto-temporală
  - d. tumorile intracraniene
  - e. tumori gliale
  - f. meningiom
  - g. metastaze
  - h. limfom
  - i. meningeosis neoplastica
  - j. ependimom
  - k. tumoare neuroectodermala primitivă
  - l. displazii corticale
  - m. hemimegalencefalie, hemi-hemimegalencefalie
  - n. gangliogliom, gangliocitom, tumoare neuroepitelială disembrionară
  - o. heterotopia nodulară periventriculară și alte heterotopii nodulare
  - p. spectrul heterotopiei subcorticale în bandă
  - q. lissencefalie
  - r. polimicrogiria familială și sporadică
  - s. schizencefalia familială și sporadică
  - t. malformații infratentoriale (de exemplu, displazia dințată, displazie mamilară etc.)
  - u. traumatism cerebral
  - v. traumatism cranian închis
  - w. traumatism cranian deschis
  - x. leziuni penetrante ale capului
4. Legate de alcool
- a. intoxicație
  - b. sevraj de alcool
  - c. encefalopatia alcoolică tardivă cu convulsii
  - d. encefalopatia Wernicke
5. Intoxicații
- a. medicamente
  - b. neurotoxine
  - c. metale grele
6. Retragerea/anularea MAE sau niveluri serice scăzute de MAE
7. Hipoxie cerebrală sau anoxie
8. Tulburări metabolice
9. Tulburări autoimune :
- a. scleroza multiplă
  - b. encefalita paraneoplazică
  - c. encefalopatia Hashimoto
  - d. encefalita anti-NMDA (N-metil-D-aspartat) receptor
  - e. encefalita antireceptor canalelor de potasiu voltaj dependente
  - f. encefalita asociată cu anticorpi anti- decarboxilaza glutamică
  - g. encefalita anti-receptori pentru acidul alfa-amino-3-hidroxi-5-methylisoxazole-4-propionic

- h. encefalita autoimună seronegativă
  - i. encefalita Rasmussen
  - j. lupus cerebral (lupus eritematos sistemic)
  - k. sindromul CREST (calcinoza, fenomenul Raynaud, dismotilitate esofagiană, sclerodactilie, teleangiectazie)
  - l. boala Still cu debut la adult
  - m. sindromul Goodpasture
  - n. purpură trombocitopenică trombotică (sindromul Moschcowitz, purpură Henoch Schonlein)
10. Boli mitocondriale
- a. boala Alpers
  - b. encefalopatie mitocondrială, acidoză lactică și episoade de tip AVC (MELAS)
  - c. sindromul Leigh
  - d. encefalopatie mioclonică (MERRF)
  - e. neuropatie, ataxie, și retinită pigmentară (NARP)
11. Abarații cromosomiale și anomalii genetice
- a. cromozom 20 inelar
  - b. sindromul Angelman
  - c. sindrom Wolf-Hirschhorn
  - d. sindromul X Fragil
  - e. sindrom de retard mental X-linkat
  - f. cromozomul 17 inelar
  - g. sindromul Rett
  - h. sindromul Down (trisomia 21)
12. Sindroame neurocutanate
- a. sindrom Sturge-Weber
13. Tulburări metabolice
- a. porfirie
  - b. boala Menkes
  - c. boala Wilson
  - d. adrenoleukodistrofia
  - e. boala Alexander
  - f. deficit de cobalamina C/D
  - g. deficit de ornitin transcarbamilază
  - h. hiperprolinemie
  - i. aciduria hidroxyglutarică
  - j. leucodistrofie metacromatică
  - k. lipofuscinoză ceroidă neuronală (tipurile I, II, III, inclusiv boala Kufs)
  - l. boala Lafora
  - m. boala Unverricht-Lundborg
  - n. sialidoză (de tip I și II)
  - o. deficiența beta ureidopropionază
  - p. deficit de dehidrogenază 3-hydroxiacil coenzimei A
  - q. deficit de carnitină palmitoiltransferază
  - r. deficit de succinat semialdehid dehidrogenază
14. Altele
- a. migrena hemiplegică familială
  - b. ataxia spinocerebelară cu debut infantil
  - c. sindromul pielii zbârcite
  - d. melanomatoza neurocutanată
  - e. sindromul Wolfram
  - f. hiperekplexia autosomal recesivă
  - g. sindromul Cockayne

- h. arteriopatia cerebrală autosomal dominantă cu infarcte subcorticale și leucoencefalopatie (CADASIL)
- i. sindromul Robinow
- j. hiperpirexia malignă.

**Anexa 3. Recomandările de tratament conform nivelelor de dovezi bazate pe standardele și ghidurile elaborate de Asociația Americană a Inimii (American Heart Association) [31].**

Categoria de Clasa:

I. Intervenția este utilă și eficientă. Beneficiile tratament în mod clar depășesc riscurile

II.a Dovezi/opinia experților sugerează ca intervenția este utilă / eficientă. Beneficiile tratamentului depășesc riscurile

II.b Putere de dovezi/opinii de experți despre utilitatea intervenției /eficacitatea este mai puțin bine stabilită. Sunt necesare mai multe date; cu toate acestea, folosirea acestui tratament, atunci când nu este justificat ca nerezonabil

III. Intervenția nu este util sau eficientă și poate fi daunatoare. Beneficiul nu depășește riscul

Nivelul de dovezi:

A. Dovadă adecvată este disponibilă din mai multe studii clinice randomizate sau meta-analize

B. Dovezi limitate sunt disponibile din date mai puțin riguroase, inclusiv mici studii clinice randomizate, studii nerandomizate, și analize de observație

C. Dovezile se bazează pe consensul experților/părerea, rapoarte de caz, sau standarde de îngrijire.



**Anexa 4. Recomandări pentru tratamentul SE [32].**

<b>Tratament</b>	<b>Clasa / nivel de evidență</b>
<b>Tratament emergent:</b>	
Lorazepamum*	Clasa I, nivelul A
Midazolamum	Clasa I, nivelul A
Diazepamum	Clasa IIa, nivelul A
Phenytoinum/fosphenytoinum	Clasa IIb, nivelul A
Phenobarbitalum	Clasa IIb, nivelul A
Natrium valproatum	Clasa IIb, nivelul A
Levetiracetamum	Clasa IIb, nivelul C
<b>Tratament de urgență</b>	
Natrium valproatum	Clasa IIa, nivelul A
Phenytoinum/fosphenytoinum	Clasa IIa, nivelul B
Midazolamum (infuzie continua)	Clasa IIb, nivelul B
Phenobarbitalum	Clasa IIb, nivelul C
Levetiracetamum	Clasa IIb, nivelul C
<b>Tratament refractar</b>	
Midazolamum	Clasa IIa, nivelul B
Propofolum	Clasa IIb, nivelul B
Pentobarbitalum/thiopentalum natricum	Clasa IIb, nivelul B
Natrium valproatum	Clasa IIa, nivelul B
Levetiracetamum	Clasa IIb, nivelul C
Phenytoinum/fosphenytoinum	Clasa IIb, nivelul C
Lacosamidum*	Clasa IIb, nivelul C
Topiramatum	Clasa IIb, nivelul C
Phenobarbitalum	Clasa IIb, nivelul C

**ANEXA.5. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii**

<b>FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEICAL BAZAT PE CRITERII PENTRU STATUSUL EPILEPTIC LA ADULT</b>		
	<b>Domeniul Prompt</b>	<b>Definiții și note</b>
<b>1</b>	Denumirea IMSP evaluată prin audit	
<b>2</b>	Persoana responsabilă de completarea fișei	nume, prenume, telefon de contact
<b>3</b>	Perioada de audit	DD-LL-AAAA
<b>4</b>	Numărul fișei medicale a pacientului	
<b>5</b>	Data, luna, anul de naștere a pacientei/lui	DD-LL-AAAA; necunoscut = 9
<b>6</b>	Genul/ Sexul pacientei/lui	masculin = 1; feminin = 2;
<b>7</b>	Mediul de reședință	urban = 1; rural = 2; necunoscut = 9
<b>8</b>	Numele medicului curant	
<b>9</b>	Patologia	Status epileptic convulsiv/ nonconvulsiv
<b>INTERNAREA</b>		
<b>9</b>	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutorul medical primar	AMP = 2; AMU = 3; secția consultativă = 4; staționar = 6; alte instituții = 8; necunoscut = 9
<b>10</b>	Numarul internărilor	primară = 3; secundară = 4; necunoscut = 9
<b>11</b>	Data internării în spital	DD- LL- AAAA; necunoscut = 9
<b>12</b>	Timpul/ora internării la spital	hh : mm; necunoscut= 9
<b>13</b>	Secția de internare	departamentul de urgență = 2; secția de terapie intensivă = 3; necunoscut = 9
<b>14</b>	Timpul parcurs până la transfer în secția specializată	≤ 30 minute = 2; 30 minute – 1 oră = 3; ≥ 1 oră = 3; necunoscut = 9
<b>15</b>	Aprecierea criteriilor de spitalizare	au fost aplicate: nu = 2; da = 3; necunoscut = 9
<b>16</b>	Transferul in alte secții	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; terapie intensivă = 2; alte secții = 3; necunoscut = 9
<b>17</b>	Tratament antiepileptic administrat în Departamentul de urgență	a fost administrat: nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
<b>18</b>	În cazul răspunsului afirmativ indicați tratamentul (medicamentul, doza, modul administrării, ora administrării):	
<b>19</b>	Transferul pacientului pe parcursul internării în secția de profil pentru continuarea tratamentului	a fost efectuat: nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
<b>DIAGNOSTICUL</b>		
<b>20</b>	Video Electroencefalografie standard	au fost efectuate după internare: nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
<b>21</b>	Video Electroencefalografie monitoring de lungă durată/ nocturn	au fost efectuate după internare: nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
<b>22</b>	Tomografia computerizată cerebrală	au fost efectuate după internare: nu = 0; da = 1; necunoscut = 9

23	Rezonanța magnetică cerebrală 1,5- 3 T	au fost efectuate după internare: nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
24	Cosultat de alți specialiști	au fost efectuate după internare: nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9
25	Investigații indicate de către alți specialiști	au fost efectuate după internare: nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9
<b>ISTORICUL MEDICAL AL PACIENȚILOR</b>		
26	Etapa stabilirii diagnosticului	precoce = 2; tardiv = 3; necunoscut = 9
27	Face parte pacienta/ul din grupul de risc	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
28	Managementul stărilor de urgență	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
29	Maladii concomitente înregistrate	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
<b>TRATAMENTUL</b>		
30	Unde a fost inițiat tratamentul	AMU = 2; secția consultativă = 3; staționar = 4; instituție medicală privată = 6; alte instituții = 7; la domiciliu = 8; necunoscut = 9
31	Tratamentul etiopatogenetic	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
32		În cazul răspunsului <b>negativ</b> tratamentul efectuat a fost în conformitate cu protocolul: nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
33	Tratamentul simptomatic	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
34	Complicații înregistrate	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
35	Răspuns terapeutic, confirmat electroencefalografic	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
<b>EXTERNAREA ȘI MEDICAȚIA</b>		
36	Data externării sau decesului	Include data transferului la alt spital, precum și data decesului; necunoscut = 9
		Data externării DD: LL: AAAA
		Data decesului DD: LL: AAAA
37	Decesul în staționar	nu = 0; decesul cauzat de complicațiile statusului epileptic = 1; alte cauze de deces = 2; necunoscut = 9
38	Durata spitalizării	ZZ; necunoscut = 9
39	Respectarea criteriilor de externare	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
40	Prescrierea MAE enterale la externare	externat din spital cu indicarea recomandărilor: nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
41	Supravegherea pacientei/lui	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9

## BIBLIOGRAFIE

1. Fisher RS, Boas WvE, Blume W, Elger C, Genton P, Lee P, Engel J: **Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE)**. *Epilepsia* 2005, **46**(4):470-472.
2. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, Engel J, Forsgren L, French JA, Glynn M: **ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy**. *Epilepsia* 2014, **55**(4):475-482.
3. Angeles DK: **Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures**. *Epilepsia* 1981, **22**(4):489-501.
4. Lowenstein DH, Bleck T, Macdonald RL: **It's time to revise the definition of status epilepticus**. *Epilepsia* 1999, **40**(1):120-122.
5. Trinka E, Cock H, Hesdorffer D, Rossetti AO, Scheffer IE, Shinnar S, Shorvon S, Lowenstein DH: **A definition and classification of status epilepticus – Report of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus**. *Epilepsia* 2015, **56**(10):1515-1523.
6. Engel J: **Report of the ILAE classification core group**. *Epilepsia* 2006, **47**(9):1558-1568.
7. Shorvon S: **What is nonconvulsive status epilepticus, and what are its subtypes?** *Epilepsia* 2007, **48**(s8):35-38.
8. Mayer SA, Claassen J, Lokin J, Mendelsohn F, Dennis LJ, Fitzsimmons B-F: **Refractory status epilepticus: frequency, risk factors, and impact on outcome**. *Archives of neurology* 2002, **59**(2):205-210.
9. Shorvon S, Ferlisi M: **The treatment of super-refractory status epilepticus: a critical review of available therapies and a clinical treatment protocol**. *Brain* 2011:awr215.
10. Kwan P, Arzimanoglou A, Berg AT, Brodie MJ, Allen Hauser W, Mathern G, Moshé SL, Perucca E, Wiebe S, French J: **Definition of drug resistant epilepsy: consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies**. *Epilepsia* 2010, **51**(6):1069-1077.
11. DeLorenzo R, Hauser W, Towne A, Boggs J, Pellock J, Penberthy L, Garnett L, Fortner C, Ko D: **A prospective, population-based epidemiologic study of status epilepticus in Richmond, Virginia**. *Neurology* 1996, **46**(4):1029-1035.
12. Hesdorffer D, Logroscino G, Cascino G, Annegers J, Hauser W: **Incidence of status epilepticus in Rochester, Minnesota, 1965-1984**. *Neurology* 1998, **50**(3):735-741.
13. DeLorenzo RJ, Pellock JM, Towne AR, Boggs JG: **Epidemiology of status epilepticus**. *Journal of clinical Neurophysiology* 1995, **12**(4):316&hyphen.
14. Treiman DM, Meyers PD, Walton NY, Collins JF, Colling C, Rowan AJ, Handforth A, Faught E, Calabrese VP, Uthman BM: **A comparison of four treatments for generalized convulsive status epilepticus**. *New England Journal of Medicine* 1998, **339**(12):792-798.
15. Penberthy L, Towne A, Garnett L: **Costs of status epilepticus**. *Epilepsia* 1997, **38**:s225.
16. Glauser T, Shinnar S, Gloss D, Alldredge B, Arya R, Bainbridge J, Bare M, Bleck T, Dodson WE, Garrity L: **Evidence-based guideline: Treatment of convulsive status epilepticus in children and adults: Report of the guideline committee of the American epilepsy society**. *Epilepsy Currents* 2016, **16**(1):48-61.
17. Trinka E, Kälviäinen R: **25 years of advances in definition, classification and treatment of status epilepticus**. *Seizure* 2016.
18. Berg AT, Berkovic SF, Brodie MJ, Buchhalter J, Cross JH, van Emde Boas W, Engel J, French J, Glauser TA, Mathern GW: **Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005–2009**. *Epilepsia* 2010, **51**(4):676-685.
19. Shorvon SD: **Handbook of epilepsy treatment**: John Wiley & Sons; 2010.
20. Drislane FW: **Status Epilepticus**: Springer; 2005.
21. Leppik IE, Patel SI: **Intramuscular and rectal therapies of acute seizures**. *Epilepsy & Behavior* 2015, **49**:307-312.
22. Lawson T, Yeager S: **Status Epilepticus in Adults: A Review of Diagnosis and Treatment**. *Critical care nurse* 2016, **36**(2):62-73.
23. Brophy GM, Bell R, Claassen J, Alldredge B, Bleck TP, Glauser T, LaRoche SM, Riviello Jr JJ, Shutter L, Sperling MR: **Guidelines for the evaluation and management of status epilepticus**. *Neurocritical care* 2012, **17**(1):3-23.
24. Lee J, Huh L, Korn P, Farrell K: **Guideline for the management of convulsive status epilepticus in infants and children**. *BC Med J* 2011, **53**:279-285.

25. Nunes VD, Sawyer L, Neilson J, Sarri G, Cross JH: **Diagnosis and management of the epilepsies in adults and children: summary of updated NICE guidance.** *Bmj* 2012, **344**.
26. **NICE guidelines: Epilepsies: diagnosis and management. Published 2012, last updated on 2016 [cited June 2016].** [<https://www.nice.org.uk/guidance/cg137/chapter/1-Guidance#pharmacological-treatment> ]
27. Groppa S: **Antiepilepticele și tratamentul epilepsiilor.** Chișinău; 2006.
28. Rossetti AO, Logroscino G, Milligan TA, Michaelides C, Ruffieux C, Bromfield EB: **Status Epilepticus Severity Score (STESS).** *Journal of neurology* 2008, **255**(10):1561-1566.
29. Shorvon SD, Perucca E, Engel Jr J: **The Treatment of Epilepsy:** John Wiley & Sons; 2015.
30. Devinsky O: **Epilepsy: A Patient and Family Guide:** Demos Medical Publishing; 2007.
31. Gibbons RJ, Smith SC, Antman E: **American College of Cardiology/American Heart Association Clinical Practice Guidelines: Part II Evolutionary Changes in a Continuous Quality Improvement Project.** *Circulation* 2003, **107**(24):3101-3107.
32. Meierkord H, Boon P, Engelsens B, Göcke K, Shorvon S, Tinuper P, Holtkamp M: **EFNS guideline on the management of status epilepticus in adults.** *European Journal of Neurology* 2010, **17**(3):348-355.