
Oppdatert anfallsklassifikasjon for epilepsi

FRA FAGMILJØENE

MARYAM SHIRZADI

maryam.shirzadi@ntnu.no

Maryam Shirzadi er ph.d., spesialist i nevrologi ved Avdeling for nevrologi og klinisk nevrofysiologi, St. Olavs hospital, førsteamanuensis og forsker ved Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap, NTNU. Hun leder Trondheim Epilepsy Research Group, er tilknyttet fagnettverket EpilepsiNett og er styremedlem i Norsk epilepsiselskap.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANETTE HUUSE FARMEN

Anette Huuse Farmen er ph.d., spesialist i nevrologi, forsker, fagrådsleder og seksjonsoverlege ved Nevrologisk avdeling, Sykehuset Innlandet Lillehammer. Hun er tilknyttet fagnettverket EpilepsiNett og er styremedlem i Norsk epilepsiselskap.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ELINE DAHL-HANSEN

Eline Dahl-Hansen er spesialist i nevrologi og stipendiat ved Avdeling for nevrologi, Drammen sykehus. Hun er tilknyttet fagnettverket EpilepsiNett, Vestre Viken Livsløpsforskning og BergenBrain. Hun er styremedlem i Norsk epilepsiselskap.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt forelesningshonorar fra Eisai.

EIVIND KOLSTAD

Eivind Kolstad er ph.d, overlege og forsker ved Nevrologisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus. Han er tilknyttet forskergruppen BergenBrain, fagnettverket EpilepsiNett og er styremedlem i Norsk epilepsiselskap.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har deltatt i rådgivende komité for Angelini, Jazz Pharmaceuticals og UCB.

ELINE REVDAL

Eline Revdal er ph.d., spesialist i nevrologi ved Avdeling for nevrologi og klinisk nevrofysiologi, St. Olavs hospital og førsteamanuensis og forsker ved Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap, NTNU. Hun er sentral i Trondheim Epilepsy Research Group og tilknyttet fagnettverket EpilepsiNett. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNETTE HOLTH SKOGAN

Annette Holth Skogan er ph.d., spesialist i nevropsykologi, leder for Seksjon for klinisk psykologi og nevropsykologi ved Spesialsykehuset for epilepsi og førsteamanuensis ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo. Hun er tilknyttet fagnettverket EpilepsiNett og styremedlem i Norsk epilepsiselskap og Norsk Nevropsykologisk forening. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KJELL HEUSER

Kjell Heuser er ph.d., spesialist i nevrologi, forskningsgruppeleder og overlege ved Nevrologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Han er tilknyttet fagnettverket EpilepsiNett og er styremedlem i Norsk epilepsiselskap. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KARI MODALSLI AABERG

Kari Modalsli Aaberg er ph.d., spesialist i barnesykdommer, overlege og forsker ved Spesialsykehuset for epilepsi og ved Nasjonalt kompetansesenter for sjeldne epilepsirelaterte diagnoser, Oslo universitetssykehus. Hun er tilknyttet fagnettverket EpilepsiNett og er medlem av ILAEs epidemiologikommisjon. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt postdok-stipend fra Helse Sør-Øst og forelesningshonorar fra UCB og Jazz Pharmaceuticals.

Den nylig oppdaterte klassifikasjonen av epileptiske anfall gir et felles språk for klinisk praksis.

Epilepsi rammer rundt 40 000 personer i Norge. Allmennleger, akuttmottak, barneavdelinger, nevrologiske avdelinger, habiliteringstjenester og psykiatrien møter jevnlig pasienter med epilepsi. En felles begrepsforståelse er avgjørende for god kommunikasjon mellom ulike fagfelt. Korrekt klassifikasjon av anfall er avgjørende for riktig utredning og behandling, og har betydning for pasientens prognose.

I 2025 publiserte International League Against Epilepsy (ILAE) en revidert klassifikasjon av anfall [\(1\)](#), basert på kliniske erfaringer med 2017-klassifikasjonene [\(2, 3\)](#), omtalt i Tidsskriftet av Henning og Nakken [\(4\)](#). Den norske grenen av ILAE, Norsk Epilepsiselskap, har oversatt og tilpasset anfallsklassifikasjonen til norsk for å styrke samarbeid og samhandling på tvers av nivåer i helsetjenesten. Hovedendringene er en kronologisk beskrivelse av anfallsutformingen, presisering av bevisstetsvurderingen

og et skille mellom observerbare og ikke-observerbare symptomer. Dette kan anvendes av alle klinikere og har direkte betydning for henvisninger, journalføring, utrednings- og behandlingsvalg samt forskning.

Den nye klassifikasjonen opererer nå med fire hovedkategorier: *fokale anfall*, *generaliserte anfall*, *ukjent om fokale eller generaliserte anfall*, og *uklassifiserte anfall*. Innenfor disse kategoriene vektlegges tre elementer: grad av bevissthetspåvirkning, semiologiske deskriptorer og observerbare symptomer.

Bevissthet

Generaliserte anfall er per definisjon alltid med påvirkning av bevisstheten. *Fokale anfall* kan derimot ha enten bevart eller redusert bevissthet. Bevissthet beskrives nå ut fra to observasjoner: *respons under anfallet*, basert på sykehistorie, komparentopplysninger og/eller testing med enkle verbale og motoriske kommandoer samt *erindring av anfallet*, vurdert ut fra pasientens evne til å gjenkalle hendelsen i etterkant.

Slik bevissthetsvurdering kan også gjøres hos pasientgrupper som har vansker med å uttrykke sin erindring, som små barn eller personer med alvorlig utviklingshemning, der vurdering av respons må vektlegges.

Semiologiske deskriptorer

Semiologiske deskriptorer er standardiserte kliniske betegnelser på hvordan et anfall arter seg: motorisk, sensorisk, kognitivt, språklig, autonomt eller emosjonelt. Noen av disse kan være observerbare av personer rundt, mens andre kan bare oppleves av pasienten selv eller oppdages ved testing under anfall. Det er svært nyttig at alt helsepersonell grundig og fortløpende dokumenterer anfallets utforming i journalen gjennom pasientens reise i helsevesenet, slik at den senere systematiske anfallsanalysen og klassifikasjonen blir presis.

Observerbare symptomer

Mens man i den tidligere klassifikasjonen skilte mellom *motoriske* og *ikke-motoriske* anfall, skiller man i den reviderte klassifikasjonen mellom anfall med og uten *observerbare symptomer* (2–4). Observerbare symptomer er kliniske uttrykk som andre kan se eller høre, som ikke krever pasientens egen rapportering for å oppdages. I tillegg til bevissthetspåvirkning kan disse være motoriske (f.eks. kloniske rykninger), autonome (rødme, svetting), språklige (afasi) og affektive (latter, gråt). Disse kan enkelt beskrives av helsepersonell, pårørende eller andre som bevitner et anfall. Observerbare symptomer kommer i tillegg til *ikke-observerbare symptomer*, som er pasientens egen opplevelse av symptomer under anfallet, som syns-, hørsels-, sensibilitets- og kognitive endringer og utfall.

To nivåer

Anfallsklassifikasjonen beskrives nå i to nivåer. *Basal anfallsklassifikasjon* angir hovedkategori av anfallstype, med vurdering av bevissthet og om det foreligger observerbare symptomer. *Utvidet anfallsklassifikasjon* spesifiserer semiologiske deskriptorer med type symptom, lokalisasjon og lateralitet. Man har gått bort fra begrepet *anfallsstart* til fordel for en kronologisk beskrivelse av semiologi. Dette gir bedre innsikt i spredningsmønstre og nettverksdynamikk. Nivådelingen skal sikre at klassifiseringen anvendes i forskjellige kliniske settinger med forskjellig kompetanse og behov for presisjon.

Generaliserte anfall

Generaliserte anfall beskrives nå etter anfallstype. De varierer fra generaliserte tonisk-kloniske anfall til absenser, myoklonier og epileptiske spasmer. Absensanfall kan ledsages av distinkte, motoriske kjennetegn, som automatismer eller øyeblinking, og noen undertyper – som myoklone absenser – defineres av disse. Derfor har man i revisjonen gått bort fra å klassifisere absensanfall som *ikke-motoriske* generaliserte anfall.

Klassifisering er et dynamisk arbeid

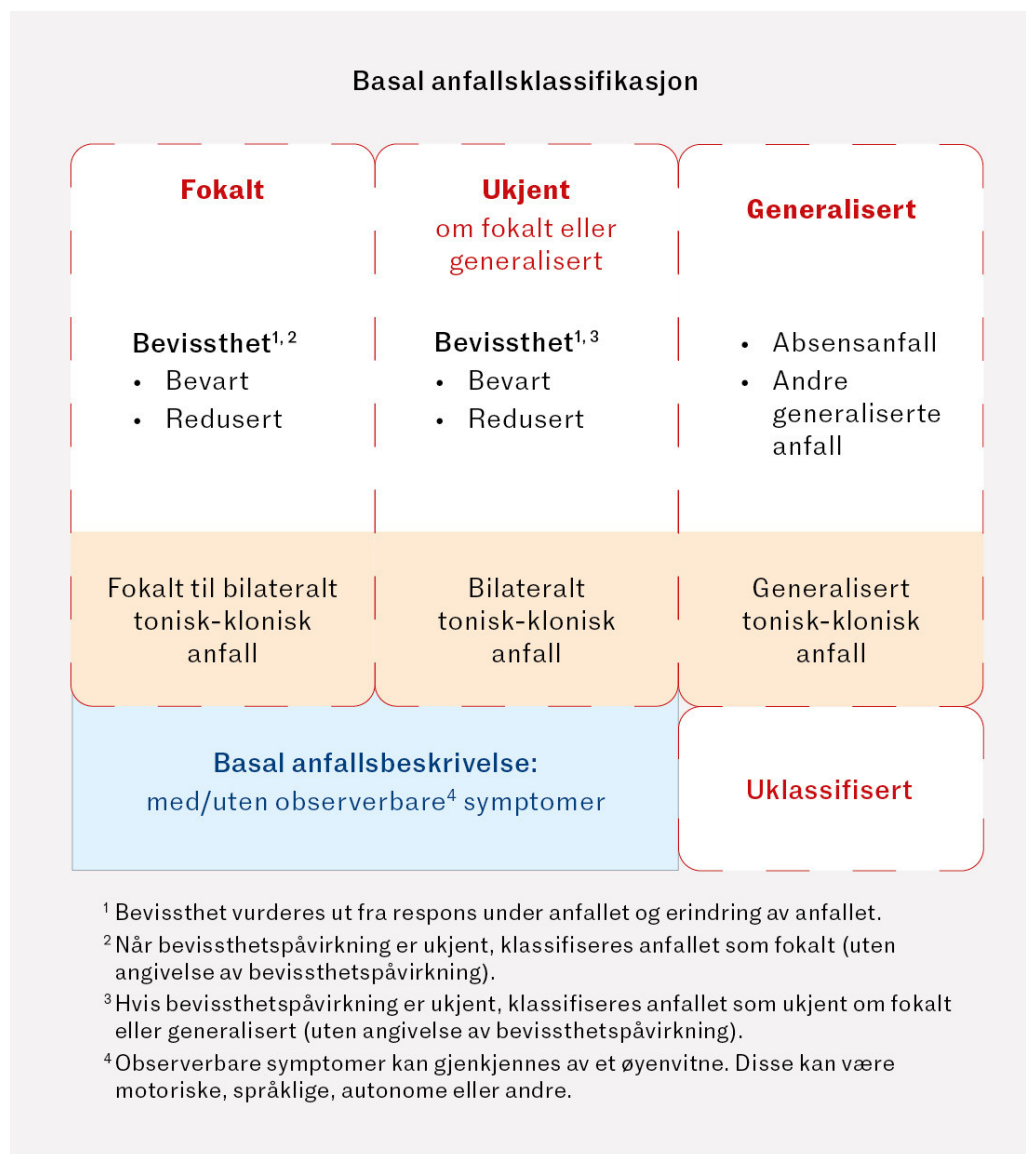
Et førstegangs bilateralt tonisk-klonisk anfall vil innledningsvis kanskje kun kunne klassifiseres som *bilateralt tonisk-klonisk anfall, ukjent om fokalt eller generalisert*. Informasjon som avdekkes gjennom senere detaljert anamneseopptak, komparentopplysninger, EEG og MR, kan gjøre det mulig å klassifisere anfallet som *fokalt til bilateralt tonisk-klonisk anfall* eller som *generalisert tonisk-klonisk anfall*.

I akuttmottak og prehospitalt gjør *observerbare symptomer* det enklere å strukturere vitnebeskrivelser. Man skiller mellom hva som ble observert (cyanose, blikkdeviasjon, automatismer, pulsendringer) og symptomer som bare pasienten selv kan rapportere. Vurdering av bevissthet, gjennom respons under anfall og erindring etterpå, bør inngå i standardanamnese. I klinisk hverdag gir et tydeligere og mer differensiert språk bedre støtte for syndromklassifisering, innsikt i spredningsmønstre og differensialdiagnostikk mot synkope, funksjonelle anfall og bevegellesforstyrrelser. Spesielt for studenter og leger i spesialisering gir anfallsbeskrivelse i to nivåer en ryddig progresjon fra *hva* til *hvordan* i forståelsen av et epileptisk anfall.

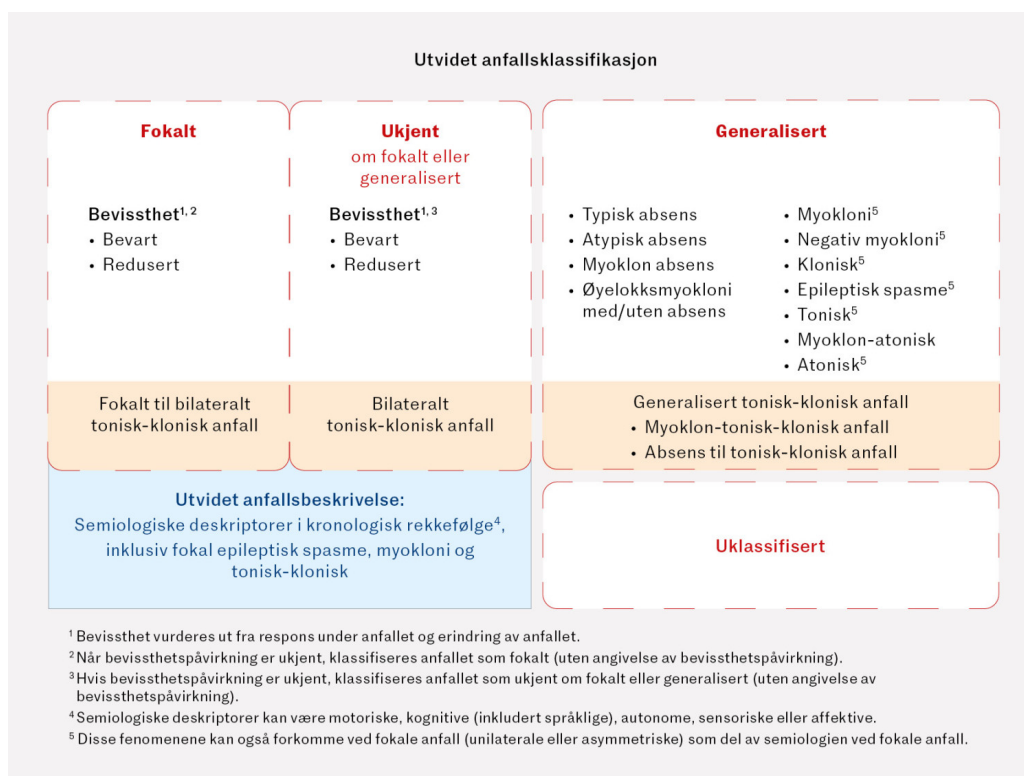
For spesialiserte epilepsiteam gjør kronologisk semiologi samarbeidet mellom nevrolog, nevrofysiolog, nevreradiolog og nevropsykolog mer treffsikkert. I registre gir færre og tydeligere anfallstyper bedre datakvalitet, økt sammenlignbarhet og høyere nytteverdi i forskning.

Implementering gjenstår

Et sentralt grep i oppdateringen er økt språklig presisjon. ILAEs figurer er allerede oversatt til flere språk (5), og figur 1 og 2 viser den norske versjonen. Med presis terminologi – praktisk definisjon av bevissthet gjennom respons og erindring, tydelig skille mellom observerbare og ikke-observerbare symptomer og kronologisk angivelse av semiologi – får vi presis dokumentasjon gjennom hele helsetjenesten og sikrer bedre beslutningsstøtte. Neste steg er implementering i klinisk hverdag gjennom journalmaler, undervisning og lokale rutiner, slik at den nye anfallsklassifikasjonen faktisk kommer pasientene til gode.



Figur 1 Hovedklassene av anfall vises i rødt og anfallstypene i svart. Anfallsbeskrivelse er markert i blått. Den horisontale lysebrune bakgrunnen i figurene fremhever at bilaterale tonisk-kloniske anfall – som er forbundet med høyest sykелighet og dødelighet – kan forekomme i alle de tre hovedklassene av anfall.



Figur 2 Hovedklassene av anfall vises i rødt og anfallstypene i svart. De semiologiske deskriptorene er markert i blått. Den horisontale lysebrune bakgrunnen i figurene fremhever at bilaterale tonisk-kloniske anfall – som er forbundet med høyest sykkelighet og dødelighet – kan forekomme i alle de tre hovedklassene av anfall.

LITTERATUR

1. Beniczky S, Trinka E, Wirrell E et al. Updated classification of epileptic seizures: Position paper of the International League Against Epilepsy. *Epilepsia* 2025; 66: 1804–23. [PubMed][CrossRef]
2. Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G et al. ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia* 2017; 58: 512–21. [PubMed][CrossRef]
3. Fisher RS, Cross JH, French JA et al. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia* 2017; 58: 522–30. [PubMed][CrossRef]
4. Henning O, Nakken KO. Ny epilepsiklassifikasjon. *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; 137. doi: 10.4045/tidsskr.17.0973. [PubMed][CrossRef]
5. ILAE. Supplementary Document 6: Translations. <https://onlinelibrary.wiley.com/action/downloadSupplement?doi=10.1111%2Fepi.18338&file=epi18338-sup-0006-DataS6.pdf> Lest 3.12.2025.

Publisert: 28. desember 2025. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0585
 Mottatt 30.9.2025, første revisjon innsendt 24.10.2025, godkjent 3.12.2025.

