



Informationen zur KV-Sprechstunde für Patienten



Epilepsie / Untersuchungsmethoden

Für die Diagnosestellung einer Epilepsie ist die Erkennung, Häufigkeit und Beurteilung der aufgetretenen Anfälle ein entscheidendes Kriterium. In der Medizin wird streng unterschieden zwischen epileptischen Anfällen und Epilepsien. Epileptische Anfälle sind Krankheitserscheinungen (Symptome, und können z. B. einem Gelegenheitsanfall entsprechen), eine Epilepsie ist das gesamte Krankheitsbild (Syndrom). Um einen Anfall richtig einordnen zu können, werden nach einem ausführlichen Gespräch verschiedene Untersuchungen durchgeführt. Ein aufgetretener Anfall wird genau protokolliert. Der Neurologe/Nervenarzt muss sich neben den Schilderungen des Patienten (Anfallsanamnese) auch häufig auf die Angaben dritter Personen verlassen, die den Anfall miterlebt haben. Tritt ein Anfall auf, sollten Angehörige oder Augenzeugen neben der Ersten Hilfe Ruhe bewahren und auf Folgendes achten:

- Tageszeit
- Umstände und Dauer des Anfalls
- War der Patient bewusstlos?
- Hatte er einen Krampf?
- Kam es zu Zungenbiss oder anderen Verletzungen?
- Gab es ungewöhnliche Wahrnehmungen oder Erscheinungen beim Patienten?
- Lähmungen?
- Kam es beim Patienten zu Sprachstörungen oder Verwirrheitszustände nach dem Anfall?
- Gab es Auslöser (Schlafentzug, Alkohol, Drogen, Medikamente, giftige Substanzen, Computerspiele)

Videoaufnahmen können hier sehr hilfreich sein.

Neben einer umfangreichen körperlichen und neurologischen Untersuchung (z.B. Testung der Reflexe, Messen der Muskelstärke, Prüfung von Gangbild, Haltung, Koordination und Gleichgewichtssinn) sowie einer Blutabnahme zur Routine-Labordiagnostik dienen apparative Methoden zur Absicherung der Diagnose „Epilepsie“.

Fortsetzung Seite 2

Die KV-Patientensprechstunde wird unterstützt von

radioBERLIN^{rbb}
88,8



Apparative Verfahren & Labordiagnostik

Apparative Verfahren erleichtern die Einordnung der Epilepsie-Form und die Abklärung möglicher Ursachen. Eine wichtige Untersuchungsmethode ist die Elektroenzephalografie, eine Messung der „Hirnstromkurve“. In einigen Fällen sind hier für eine Epilepsie typische Kurvenveränderungen im Elektroenzephalogramm (EEG) auch zwischen den Anfällen nachweisbar. Bei einer fokalen Epilepsie, bei der sich der Anfall auf abgegrenzte Bereiche des Gehirns konzentriert, sieht der Facharzt u.a. im Ruhe-Wach-EEG hohe und spitze Ausschläge, so genannte Spikes. Bei einem generalisierten Anfall, bei dem das gesamte Gehirn beeinträchtigt ist, sind sowohl Spikes als auch hohe wellenförmige Ausschläge (Waves) im EEG-Muster zu sehen. Eine EEG-Ableitung im Schlaf oder während eines ganzen Tages (Langzeit-EEG) sowie nach gezielter Belastung (Schlafentzug, Lichtreize) kann die Diagnose erhärten.

Liegt die Vermutung nahe, dass die Ursache für die Epilepsie eine Gehirnschädigung ist, werden zur Abklärung bildgebende Methoden angewandt. Zu diesen Methoden zählt die Kernspintomografie und die Computertomografie (CT).

Generell auszuschließen sind andere Ursachen für einen Krampfanfall/eine Bewusstlosigkeit wie z.B. Herzrhythmusstörungen, ein starker Blutdruckabfall nach dem Aufstehen oder eine kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns.



Therapiemöglichkeiten:

Medikamentöse Behandlung

Ob eine medikamentöse Behandlung der Epilepsie erforderlich ist, entscheidet Ihr Neurologe/Nervenarzt anhand verschiedener Kriterien. Eine medikamentöse Therapie erfolgt, wenn keine behandelbare Grunderkrankung und keine vermeidbaren Provokationsfaktoren der Krampfanfälle erkennbar und damit vermeidbar sind. Ziel der Behandlung ist die Unterdrückung weiterer Anfälle. Nach einem ersten Anfall beträgt die Wahrscheinlichkeit eines weiteren Anfalls etwa 40% innerhalb von drei Jahren. Mehr als die Hälfte dieser Anfälle treten in den ersten sechs Monaten auf. Im Einzelfall ist dies aber nicht vorhersehbar. Deshalb rät der Arzt eventuell auch abzuwarten, ob ein zweiter Anfall auftritt, bevor Medikamente eingesetzt werden. Ausnahme: Die Lebensumstände des Patienten verlangen einen sofortigen Beginn oder laut der Ergebnisse apparativer Untersuchungsmethoden finden sich Hinweise auf eine Hirnschädigung als Ursache der Anfälle.

Basieren die epileptischen Anfälle als Folge einer hirnschädigenden Grunderkrankung (symptomatische Epilepsie), muss diese selbstverständlich als Erstes behandelt werden. Die zur Verfügung stehenden Medikamente zur Behandlung einer Epilepsie selbst bezeichnet man als Antiepileptika oder Antikonvulsiva, die wiederum in klassische (z.B. Carbamazepin, Valproinsäure, Phenytoin, Phenobarbital) und neue (z.B. Topiramate, Lamotrigin, Gabapentin, Oxcarbazepin) Medikamente unterteilt werden. Sie wirken alle vorbeugend der übermäßigen und unkontrollierten elektrischen Aktivität der Gehirnzellen entgegen. Die Wahl des Medikaments richtet sich nach der Epilepsie-Form, der Anfallsart, der Einschätzung der möglichen Wirkung/Nebenwirkung sowie den individuellen Patienten-Bedürfnissen. Viele der neuen Antiepileptika besitzen ein gegenüber den klassischen Substanzen verbessertes Nebenwirkungsprofil.

Es gibt unterschiedliche Medikamente, die als Einstiegsmedikament genutzt werden können. Wichtig ist, dass das Medikament konsequent verabreicht wird, die Wirkung und die Nebenwirkungen dokumentiert werden. Das Medikament muss so lange und in einer Dosis bis zur Verträglichkeitsgrenze gegeben werden, bevor es wegen ungenügender Wirksamkeit verworfen werden kann. Nur so lässt

sich vermeiden, dass ein Präparat im Laufe der Krankheitsgeschichte immer wieder unzulänglich eingesetzt wird, und keine Fortschritte erzielt werden. Die Therapie sollte daher in der Hand eines einzigen Neurologen/Nervenarztes Ihres Vertrauens liegen. Auch ist Vertrauen die Basis, damit die Medikation vom Patienten angenommen und durchgehalten wird - Fachleute sprechen hier von Patienten-Compliance. Häufiger Arztwechsel führt dazu, dass keine Therapie konsequent verfolgt werden kann.

Schlägt die Medikation mit einem Präparat (Monotherapie) nicht an, sollte bevorzugt eine alternative Monotherapie oder eine kombinierte Therapie mit zwei verschiedenen Wirkstoffen in Erwägung gezogen werden. Das Absetzen des zuerst verwendeten Medikamentes muss immer langsam erfolgen. Bei Kindern sind besondere Aspekte zu bedenken, denn nicht jedes Antiepileptikum ist wie z.B. Topiramamat ab 2 Jahren (zur Mono- und Kombinationstherapie) zugelassen.

Chirurgische Eingriffe

Erzielt die medikamentöse Therapie keinen Erfolg, wird die operative Behandelbarkeit geprüft. Bei Patienten, bei denen die Epilepsie auf einzelne Hirnareale streng begrenzt ist (fokale Epilepsie), und die medikamentös nicht ausreichend behandelt werden können, kann prinzipiell eine chirurgische Entfernung des betroffenen Nervengewebes zu einem Heilungserfolg führen. Doch letztendlich müssen mit Hilfe zahlreicher Untersuchungen die „Eignung“ zur Operation (OP) und die voraussichtlichen Erfolgchancen individuell abgeklärt werden. Bei der OP selbst werden die Anfallsherde normalerweise mittels Oberflächen-Elektroenzephalografie durch den Schädelknochen lokalisiert. Zusätzlich müssen jedoch oft Elektroden ins Hirn implantiert werden, damit die Messung genauer wird. Eine Alternative bietet die Magnetenzephalografie (MEG). Da sich mit ihr kleinste Magnetfelder im Gehirn messen lassen, bedarf es bei dieser Methode keiner Elektroden im Hirn. Nach einem chirurgischen Eingriff wird die medikamentöse Therapie häufig weiter erforderlich sein.

Vagus-Nerv-Stimulation

Grenzen sind der Epilepsie-Chirurgie dort gesetzt, wo die epileptischen Anfälle in mehreren Bereichen des Gehirns auftreten. In diesem Fall kann eine Art „Hirnschrittmacher“, die so genannte Vagus-Nerv-Stimulation, eine gute Alternative bieten. Der Vagus-Nerv-Stimulator wird im Schulterbereich implantiert und reizt über elektrische Impulse einen wichtigen Hirnnerv, den Nervus Vagus. Dadurch kommt es zwar selten zur völligen Anfallsfreiheit, aber oft zu einer deutlichen Besserung der Anfallsheftigkeit. Der Behandlungserfolg stellt sich im Verlauf des ersten Jahres ein. Aber auch nach ein bis zwei Jahren kann es noch zu einer wesentlichen Verbesserung der Anfallssituation kommen. Die Erfahrungen im Kindesalter sind noch gering.

Kontrolltermine beim Arzt, bei denen eine körperliche Untersuchung, EEG-Ableitung und Blutkontrollen durchgeführt werden, sollten unbedingt eingehalten werden. Sinnvoll ist es, einen Epilepsie-Notfallausweis mit Angaben zur Epilepsie-Form, Anfallsart und bisheriger sowie aktueller Medikation (Wirkstoff, Dosierung) immer bei sich zu tragen.

Quelle: www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de

(herausgegeben von den Berufsverbänden und Fachgesellschaften für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie BDN, BKJPP, BVDN, BVDP, DGGPP, DGKJP, DGN, DGPPN)

Bei der Suche nach einem Neurologen in Ihrer Nähe hilft Ihnen auch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin weiter: Unter der Nummer 31 00 32 22 erreichen Sie unseren Gesundheitslotsendienst.