

David Leppert

Epileptische Anfälle

Ein Beitrag aus dem Buch «Ambulante Medizin. Evidenz auf einen Blick»

Bedeutung

- Prävalenz der Epilepsie ca. 0,5%.
- Jährliche Inzidenz 0,1% für epileptische Anfälle; 0,05% für rezidivierende epileptische Anfälle.
- Kumulative Inzidenz pro Person für das Auftreten epileptischer Anfälle («wer hat je in seinem Leben einen epileptischen Anfall») 5% → epileptischer Anfall ≠ Epilepsie! Epileptische Anfälle sind ca. 10mal häufiger als Epilepsie.
- Definition Epilepsie: ≥ 2 unprovizierte epileptische Anfälle.

Diagnostik

Klinisch

Durch sorgfältige Anamnese und Beobachtung des Anfalls muss primär der epileptische Anfall von psychogenen Anfällen und Synkopen (= Bewusstseinsverlust +/- Verlust des Haltetonus) anderer Genese unterschieden werden. Das klinische Bild epileptischer Anfälle ist vielseitig (Abb. 1).

Elektroenzephalographisch

Im Elektroenzephalogramm (EEG) zeigt sich der epileptische Anfall durch das plötzliche, fokale oder generalisierte Auftreten hypersynchroner Potentiale über einen bestimmten Zeitraum (iktales EEG). Das EEG kann auch nach einem Anfall für eine gewisse Zeit

(mehrere Stunden) in typischer Weise verändert sein (postiktales EEG). Die Durchführung eines EEG unmittelbar nach einem klinisch gesicherten epileptischen Anfall ist diagnostisch und therapeutisch wertlos. Zwischen den Anfällen, d.h. im Normalzustand, zeigen sekundäre Epilepsien typischerweise fokale Veränderungen der Grundaktivität (= Herd mit oder ohne epileptische Potentiale). Primär generalisierte (= kongenitale, genetisch bedingte) Epilepsien zeigen typischerweise interiktal einen Normalbefund.

Fahrkarenz:

- unprovocierter Anfall: 6 Monate;
- provoziertes Anfall (z.B. Alkohol, Schlafentzug): 2 Monate;
- Diagnose Epilepsie: 1 Jahr.

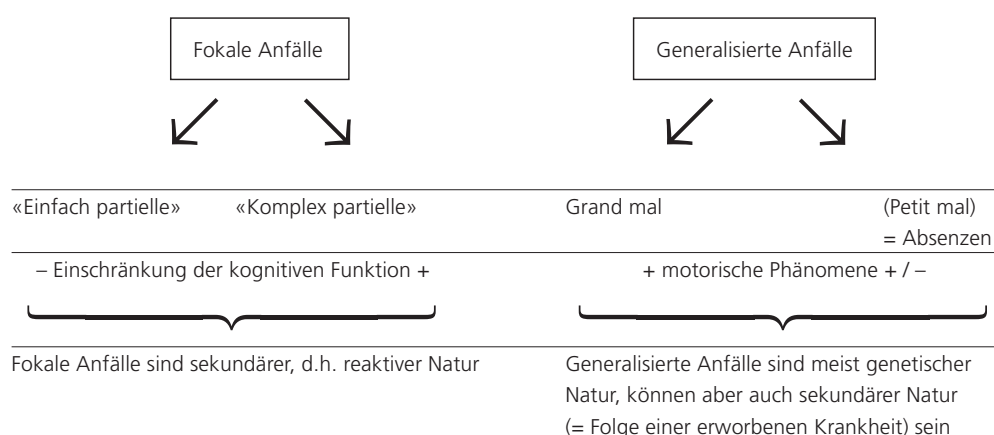
Die Fahrtauglichkeit kann nur durch einen Fachneurologen wieder attestiert werden, wenn während eines Jahres anfallsfrei (mit oder ohne Medikamente) und EEG-kompatibel mit Fahrtauglichkeit.

Notfallsituation Status epilepticus

Definition Status epilepticus: lange anhaltende Anfälle (≥ 5–10 Min.) oder repetitive Anfälle ohne zwischenzeitliche Erholung.

Merke:

- Der Status epilepticus ist oft vom konvulsiven Typ (Grand-mal-Status), aber jeder Anfallstyp kann im Rahmen eines Status epilepticus auftreten (z.B. nicht-convulsiver Status epilepticus).



- Merke:
 - Absenzen sind generalisierte Anfälle
 - Absenzen ≠ partielle Anfälle
 - kleine Anfälle ≠ partielle Anfälle

Abbildung 1
Einteilung epileptischer Anfälle.

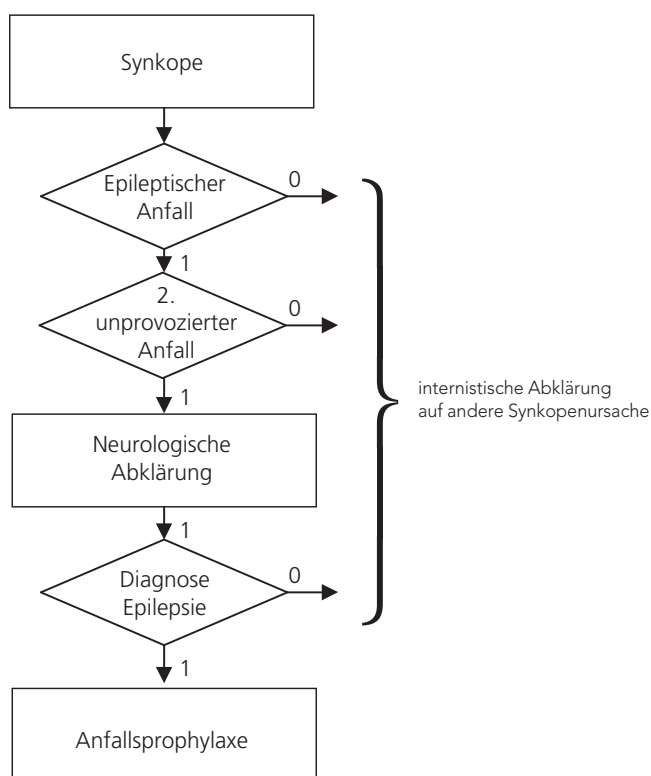


Abbildung 2
Abklärungsschema.

- Bei 50% der Patienten mit Status epilepticus war keine vorangehende Epilepsie bekannt!
- Der Status epilepticus ist ein Behandlungsnotfall: Es besteht ein hohes Mortalitätsrisiko durch:
 - a) den Anfall selbst,
 - b) Komplikationen durch den Anfall (z.B. Schädelhirntrauma),
 - c) Komplikationen durch eine Grunderkrankung.
- Der Status epilepticus führt in Relation zu dessen Länge zur Hirnschädigung.

Prästationäre Therapie

- Beobachten: Die meisten epileptischen Anfälle sistieren nach 3 Minuten: Diese Zeit ist zu benutzen, um sich Klarheit über die Situation zu verschaffen.
- Dauert der Anfall an, Unterbrechung mit einem Benzodiazepin. Von den gängigen parenteral applizierbaren Benzodiazepinen

Clonazepam (Rivotril®), Diazepam (Valium®, Stesolid®), Midazolam (Dormicum®) und Lorazepam (Temesta®) sind alle erwiesenermaßen wirksam. Die wichtigste Komplikation bei der raschen intravenösen Applikation von Benzodiazepinen ist der Atemstillstand; dieser kann auch bei regelrechter Dosierung bei Risikopatienten (Hirndruck, alte Patienten) eintreten. Lorazepam (1 Amp. à 4 mg i.v. in 2 Min.) gilt heute als das bestgeeignete Initialtherapeutikum für den Status epilepticus. Begründung: Die atemdepressive Wirkung ist geringer als bei Midazolam; die antiepileptische Wirkung ist anhaltender als bei anderen Benzodiazepinen.

Flankierende Massnahmen

- Verhütung von Komplikationen: Generell gilt es, den Patienten beim Status epilepticus auf den Boden zu legen: Verhütung von Verletzungen. Freihalten der Atemwege: durch Seiten- und Kopftieflage, Entfernen von Gebissen: Verhütung von Aspiration bzw. mechanisch bedingter Hypoxie. Das Einlegen von Mundkeilen zu diesem Zwecke bzw. zur Verhütung eines Zungenbisses ist obsolet.

Information

- 1 Schmidt D, Elger CE. Praktische Epilepsiebehandlung. Stuttgart: Thieme; 1992.
- 2 Gummit RJ. The Epilepsy Handbook. The practical management of seizures. New York: Raven Press; 1995.

Prof. Dr. med. David Leppert
Neurologische Universitätsklinik
Petersgraben 4
4031 Basel

Auszug aus: Benedict Martina,
Edouard Battegay,
Peter Tschudi (Hrsg.)

Ambulante Medizin.

Evidenz auf einen Blick

Basel: EMH Schweizerischer
Ärzteverlag; 2006
119 Seiten. Fr. 20.– / EUR 14.–
ISBN 978-3-7965-2262-8

Infos und Bestellung unter ww.emh.ch.

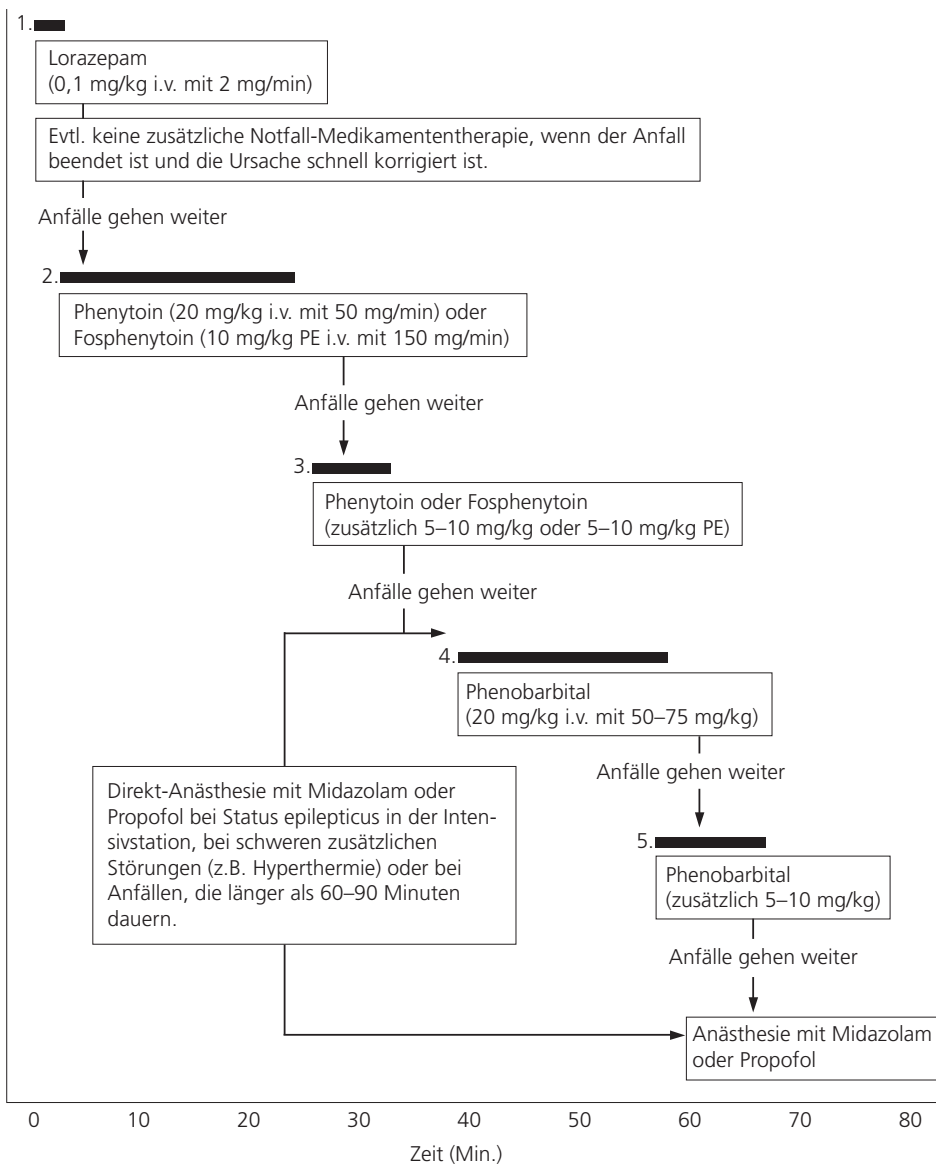


Abbildung 3

Behandlungsschema Status epilepticus. Die horizontalen Linien bezeichnen die ungefähre Infusionsdauer. PE = Phenytoin-Äquivalente. (Nach Lowenstein DH, et al. N Engl J Med. 1998;338:970–6.)