Daniel Eschle

Epilepsie im Alter

Aufgrund der demographischen Entwicklung in der Schweiz muss davon ausgegangen werden, dass sich die «Epilepsie im Alter» zu einer bedeutsamen Krankheit entwickeln und die Grundversorger zunehmend beschäftigen wird. Die Übersichtsarbeit zu diesem Thema, die auf der Website von PrimaryCare abgerufen werden kann, bietet einen praktischen Einstieg, um sich u.a. mit der sehr verwirrenden Terminologie und einigen anderen «Geheimnissen» vertraut zu machen. Zudem ist die Motivation der Patienten zu einer strengen Kontrolle/Therapie von vaskulären Risikofaktoren eine wichtige hausärztliche Aufgabe im Hinblick auf die Schlaganfallprävention, was somit indirekt die Altersepilepsie zu einer potentiell vermeidbaren Krankheit macht. Epidemiologische Studien zeigen, dass zerebrovaskuläre Erkrankungen die wichtigste Ursache der Epilepsie im Alter darstellen.

Stellenwert des EEG

Das EEG war das erste Instrument, das einen Einblick in die Hirnfunktion beim *lebenden* Menschen erlaubte. Es hat seinen hohen traditionellen Stellenwert in der Neurologie behalten, obwohl mittlerweile andere Untersuchungen – z.B. morphologische (CT und MRI) oder funktionelle (PET) Bildgebung – sehr viel nützlicher geworden sind. Entgegen der landläufigen Meinung besitzt das Standart-EEG nur eine geringe Sensitivität bezüglich Epilepsiediagnose und -prognose. Es gibt Länder, in denen die medizinische Infrastruktur weniger üppig ist als in der Schweiz. Dort wird bei der Epilepsieabklärung ganz auf das «gewöhnliche» EEG verzichtet und stattdessen ein EEG *nach Schlafentzug* empfohlen, da dadurch die Sensitivität gesteigert werden kann, was sich als *wirtschaftlicher, wirksamer und zweckmässiger* erweist [1]. Bei der Epilepsie im Alter ist das EEG aus meiner klinischen Erfahrung heraus eher von untergeordneter Bedeutung. Das beste Instrument zur Epilepsiediagnose ist nach wie vor die Anamnese.

Terminologie der verschiedenen Anfallstypen

Die Tabellen zeigen einen Überblick betreffend Nomenklatur der verschiedenen Anfallsformen. Wichtig ist dabei: *Partiell* wird synonym mit *fokal* verwendet. «Absenzen» sind formal nicht das Gleiche wie komplex-partielle Anfälle, obwohl sie sich ähnlich präsentieren können und der Ausdruck deshalb sehr passend ist. Bei der *De-novo-Epilepsie* im Alter ist in erster Linie von fokal eingeleiteten Anfällen auszugehen (Tab. 1, 2)

Synkope versus Anfall

Ich erlebe oft, dass ein Neurologe zur Abklärung von Stürzen mit kurzem Bewusstseinsverlust beigezogen wird, insbesondere wenn jemand dabei noch einige «Zuckungen» beobachtet hat. Es wird sich meistens um eine *konvulsive* Synkope handeln. Die passagere zerebrale Hypoperfusion führt zu den selbstlimitierten Zuckungen, nicht jedoch ein primär zerebrales Geschehen wie bei einem Anfall. Stürze sind nur für wenige Anfallsformen typisch: Einerseits generalisierte tonisch-klonische Anfälle, die sich durch weitere Symptome gegenüber der Synkope auszeichnen, wie z.B. Initialschrei, Zyanose, protrahierte Reorientierungsphase usw. Andererseits können heftige myoklonische Anfälle zu Stürzen führen, dabei kommt es aber nicht zu einem Bewusstseinsverlust, und diese Anfallsform tritt bereits im Kindes- oder Jugendalter auf. Bei Synkopen – bei älteren Menschen muss man besonders an die gefährlichen kardialen Ursachen denken – ist deshalb in erster Linie der Hausarzt gefragt [2].

Fahreignung

Es ist erfahrungsgemäss eine besonders heikle und unangenehme Angelegenheit mit älteren Menschen über Einschränkungen der Fahreignung zu sprechen. Es stellt sich oft die Frage, inwiefern sich

Tabelle 1

Fokal eingeleitete Anfälle: Analog zu einem Erdbeben gibt es ein «Epizentrum». Von dort breiten sich Anfälle unterschiedlich weit und schnell aus. Die unten genannten Anfallstypen können in isolierter Form wie auch in unterschiedlichen Kombinationen beim gleichen Patienten auftreten. Der Ausdruck *fokal* ist synonym mit *partiell*. Eine veränderte Bewusstseinslage wird mit *komplex* bezeichnet; *einfach* bedeutet intaktes Bewusstsein. Obwohl der Ausdruck *primär* generalisierter Anfall auch wie *idiopathisch* verstanden wird, wird *sekundär* als zeitliche Dimension aufgefasst und nicht im Sinne von *symptomatisch* wie z.B. bei der sekundären Hypertonie. Bei der *De-novo-Epilepsie* im Alter kann fast ausschliesslich von lokalisationsbezogenen (fokalen) Anfallstypen ausgegangen werden.

Anfallstyp	Bewusstsein	Symptome
Einfach-partiell	Intakt	Psychisch (Aura), sensibel, motorisch, amnestische Episode oder Sprechblockade
Komplex-partiell	Alteriert	Innehalten mit starrem Blick oder verwirrtes Umherirren; teils orale oder Handautomatismen
Sekundär generalisiert	Kompletter Verlust des Bewusstseins	Prototyp eines Anfalls mit tonisch-klonischen Zuckungen, Zungenbiss, Zyanose, Sturz usw.

Tabelle 2

Primär generalisierte Anfälle treten bei den idiopathischen generalisierten Epilepsien auf, die sich bereits im Kindes- und Jugendalter manifestieren. Die paroxysmale Entladung erfasst das gesamte Gehirn gleichzeitig. Diese Epilepsien zeigen *keine* strukturellen Hirnveränderungen in der Bildgebung; sie gehen mit einem charakteristischen EEG-Muster einher, das diagnostisch ist für diese Epilepsieform. Die unten genannten Anfallstypen können in isolierter Form wie auch in unterschiedlichen Kombinationen beim gleichen Patienten auftreten. Absenzen können semiologisch oft nicht von komplex-partiellen Anfällen unterschieden werden. Das gleiche gilt häufig auch für die Unterscheidung zwischen primär und sekundär generalisierten Anfällen.

Anfallstyp	Bewusstsein	Symptome
Myoklonien	Intakt	Heftigste (singuläre) Muskelzuckung; führt teils zu Sturz oder Fallenlassen von Gegenständen.
Absenzen oder Petit Mal	Aufgehoben	Innehalten mit starrem Blick
Primär generalisiert oder Grand Mal	Kompletter Verlust des Bewusstseins	Prototyp eines Anfalls mit tonisch-klonischen Zuckungen, Zungenbiss, Zyanose, Sturz usw.

kognitive Einschränkungen und eine jahrzehntelange Fahrpraxis die Waage halten. Als Hausarzt möchte man das gute Verhältnis mit dem Patienten nicht gefährden und nutzt den Ermessensspielraum zu Gunsten des Patienten aus. Bei der Fahreignung im Zusammenhang mit epileptischen Anfällen gibt es klare Richtlinien und somit ist der Ermessensspielraum sehr viel kleiner, z.B. sechs Monate Fahrkarenz nach einem einmaligen, unprovozierten Anfall. Wahrscheinlich ist es sinnvoll im Interesse der Hausarzt-Patienten-Beziehung, die definitive Übermittlung dieser schlechten Nachricht dem Spezialisten zu überlassen. Aber was man auf jeden Fall verhindern sollte, ist, dass der Patient mit dem Auto zum Spezialisten fährt. Wenn man den Patienten glauben darf, die ich z.T. in der Sprechstunde gesehen habe, wird die Fahrkarenz in der Hausarztsprechstunde aber nach einem Anfall oder anderen Ausnahmezuständen meist gar nie thematisiert. Zur eigenen juristischen Absicherung tut man gut daran, zumindest ein kurzes Fahrverbot zu verhängen und in der KG zu dokumentieren (bis zur Entscheidung des Spezialisten mit eventuellem Gebrauch des Melderechts an das Strassenverkehrsamt) [3].

Medikamentenspiegel

Laborkontrollen sind bei vielen Antiepileptika im Verlauf einer Behandlung eine Notwendigkeit. Bei der Blutentnahme sollte auch der Medikamentenspiegel bestimmt werden. Einerseits lässt sich damit abschätzen, wie der Patient das Medikament metabolisiert, was im Hinblick auf Dosissteigerungen oder Interaktionen eine wertvolle Information ist. Andererseits geht es um eine Compliancekontrolle. Bei zuverlässiger Einnahme der gleichen Dosis (und konstanter Begleitmedikation) sollte der Spiegel wenig von Messung zu Messung schwanken. Wenn die Bestimmung unmittelbar nach einem Anfall erfolgt, kann damit entschieden werden, ob die gewählte Dosis zu gering oder eher die Compliance schlecht war (so können unnötige Dosissteigerungen vermieden werden). Vor diesem Hintergrund spielt der «therapeutische Bereich» auf den Laborblättern gar keine Rolle. Massgebend sind die Wirksamkeit (Anfallsfreiheit) und Verträglichkeit (subjektiv und Labor).

Literatur

1 Eschle et al. EKG und EEG: Gemeinsamkeiten und Unterschiede. PrimaryCare. 2007;7:572-5.
2 Sarasin FP. Synkope: woran denken, was abklären? Schweiz Med Forum. 2008;8(49):957-60.
3 Krämer et al. Epilepsie und Fahrtauglichkeit. Schweiz Ärztezeitung 2006;87:219-21.

Korrespondenz:
Dr. med. Daniel Eschle
Facharzt FMH für Neurologie
RehaClinic Zurzach
Quellenstrasse 34
5330 Bad Zurzach
d.eschle@rehaclinic.ch

ELPS
ELPS – electronic long, paper short
Lesen Sie die Vollversion dieses Artikels in deutscher Sprache auf der Website von PrimaryCare (www.primary-care.ch).