Epileptiker am Steuer Bei Aura einfach rechts ranfahren?

Muskelstarre, Bewusstlosigkeit, dann Zucken – dass sich ein Krampfanfall nicht mit Autofahren vereinbaren lässt, steht außer Frage. Liegt der letzte Anfall aber schon ein paar Monate zurück, fragen sich Epilepsie-Patienten, wann sie wieder hinters Steuer dürfen.

Im Fall eines 47-jährigen Patienten stellte sich Prof. Dr. Felix Rosenow vom Uniklinikum Marburg die Frage, über welchen Zeitraum sich das Fahrverbot erstrecken soll. Der Patient hatte wegen eines Oligodendroglioms II einen ersten und einzigen generalisierten tonisch-klonischen Anfall erlitten. Drei Monate nach der Operation zeigte sich im MRT laut schriftlichem Befund kein Anzeichen für ein Rezidiv. Unter einer Tagesdosis von 1000 mg Levetiracetam kam es seither zu keinem weiteren Anfall. Rosenow schlägt eine Karenz von einem Jahr nach dem letzten Anfall und ein Fortführen der Medikation vor.

Ein Jahr Fahrverbot

Auch einige seiner Kollegen halten ein einjähriges Fahrverbot für angebracht. Ein Oligodendrogliom verweise auf ein grundsätzlich erhöhtes Anfallsrisiko im Sinne einer beginnenden Epilepsie und schließe ein nur sechsmonatiges Fahrverbot aus. Darüber hinaus sei die Resektion

eines Oligodendroglioms nie zuverlässig vollständig und ein Tumorrest möglich.

Deshalb rät ein Kollege, nach einem Jahr eine erneute MRT-Kontrolle durchzuführen, die über das weitere Vorgehen entscheidet. Sollte sich das Bild im MRT bereits vorher normalisieren, könne man auch über eine Verkürzung des Fahrverbots auf ein halbes Jahr nachdenken.

Nur Prof. Dr. Frithjof Tergau aus Hildesheim befürwortet eine Fahrtauglichkeit bereits nach sechs Monaten, wenn sich präoperative epileptische Muster im EEG nach der Op. nicht mehr finden. Zuvor möchte er Levetiracetam nach drei Monaten absetzen.

zen. Seine Kollegen raten vom Beenden der Medikation allerdings ab.

Der Magen ist nicht zuverlässig

Ob eine lange anhaltende Aura Epileptiker im Straßenverkehr warnen kann, möchte Prof. Dr. Bernhard J. Steinhoff vom Epilepsiezentrum Kork wissen. Bei einer Patientin, die seit vielen Jahren an einer Temporallappenepilepsie leidet, traten nach einer längeren anfallsfreien Periode ohne Medikation fokale Anfälle auf. Die Patientin berichtete immer von einer epigastrischen Aura im Vorfeld.

Doch die Experten sind sich einig: Auf die Zuverlässigkeit einer Aura sollte man sich nicht verlassen. Dr. Dieter Dennig aus Stuttgart betont, dass er nur eine Aura, die sich über viele Jahre nicht verändert hat, als zuverlässig erachten würde. Außerdem komme es vor, dass Patienten die Aura entweder ignorieren oder versuchen, den Anfall aktiv abzuwehren, statt sich in Sicherheit zu bringen.

(Christopher Heidt)

Z Epileptol 2010, 23:265

Schön wär's – aber leider taugt die Aura nicht als Pausenzeichen.

© [M] Brigitte Meckle / panthermedia.net

→ gehensweise, als Kurzzeitprophylaxe perimenstruell Naproxen oder Triptane einzusetzen, hat sich nach den Erfahrungen der Autoren nicht bewährt. Die Kurzzeitprophylaxe beginnt vor Beginn der zu erwartenden Attacke und wird während der Menstruation fortgeführt.

Somit werden diese Medikamente vergleichsweise lange – über fünf bis sieben Tage – eingenommen. Jedoch lässt sich damit die Migräneattacke häufig nicht verhindern, oder sie tritt nach Absetzen der Medikation auf. Deswegen sollte bei Frauen mit menstrueller Migräne der

Fokus weniger auf die Prophylaxe als auf eine gute Akuttherapie gelenkt werden. Bewährt hat sich hier, ein Antiemetikum mit einem lang wirksamen Schmerzmittel, etwa Naproxen, und einem Triptan zu kombinieren.

(Ulrike Maronde)

Schmerz 2010, 24:73