**Prof. Dr. med.
Soheyl Noachtar**
Epilepsie-Zentrum,
Neurologische Klinik
und Poliklinik,
Klinikum der Universität
München –
Campus Großhadern

Epilepsie

29_ Differenzialdiagnostik

32_ Konservative Behandlung

35_ Chirurgische Therapie

Epilepsie

Bei jedem Anfall die Behandlung überprüfen

Fokale kortikale Dysplasie rechts fronto-zentral im MRT (Pfeil).

Einiges hat sich bei den Epilepsien in den letzten Jahren verändert. So hat sich z.B. die Altersverteilung der Epilepsiepatienten deutlich gewandelt. Wegen der zunehmenden Alterung der Bevölkerung steigen die Epilepsieneuerkrankungen im Alter deutlich an. Noch vor 30 Jahren war dies umgekehrt: Epilepsieneuerkrankungen betrafen v.a. Kinder und Jugendliche. Inzwischen liegt die Neuerkrankungsrate in Industrienationen im Alter höher als bei Kindern. Dies hat natürlich Auswirkungen auf Diagnostik und Therapie. Die Ursachen der im Alter auftretenden Epilepsien sind andere (vaskulär, degenerativ, tumorös, metastatisch, traumatisch) als im Kindesalter. Ältere Menschen haben öfters weitere Erkrankungen und nehmen Medikamente ein, die Wechselwirkungen mit Antiepileptika haben können. Manche Antiepileptika (z.B. Carbamazepin) werden von Älteren zudem schlechter vertragen.

Erfreulich ist, dass eine adäquate medikamentöse Behandlung bei 60–70% der Epilepsiepatienten zu Anfallsfreiheit führt. Neue Antiepileptika erreichen dies zumeist bei besserer Verträglichkeit als herkömmliche Substanzen und erweitern damit unseren Handlungsspielraum.

Umfangreiche Ursachensuche

Die Diagnostik der Epilepsien hat in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte gemacht. Mithilfe der hochauflösenden Magnetresonanztomografie kann die Ursache der Epilepsie viel besser erkannt werden. Das Herzstück der Diagnostik liegt dabei in der Aufzeichnung habitueller Anfälle im EEG-Video-Monitoring. Diese diagnostische Möglichkeit bietet sich inzwischen in genügend Zentren, um eine exakte Epilepsie-Syndromzuordnung zu treffen bzw. die differenzialdiagnostische Abgrenzung zu nicht epileptischen Anfällen (Synkopen, dissoziative Störungen) zu prüfen, was im klinischen Alltag relativ häufig der Fall ist. Die Prüfung der Frage, ob eine epilepsiechirurgische Behandlung helfen könnte, erfordert ebenfalls Anfallsaufzeichnungen mit EEG und Video, um den Anfallsursprung zu lokalisieren.

Manchmal wird in der Therapie viel zu früh resigniert

Diese Neuerungen begründen zurecht eine aktive Haltung im Umgang mit Epilepsiepatienten. Die Diagnosestellung und Syndromzuordnung sollte durch Neurologen/Nervenärzte erfolgen, damit frühzeitig die richtigen Schritte eingeleitet werden. Im Grunde gibt jedes Anfallsrezidiv Anlass, die Güte der Behandlung zu überprüfen. Viel zu früh wird manchmal resigniert und die Behandlung nicht optimiert. Manchen Patienten mit pharmakoresistenten fokalen Epilepsien kann eine epilepsiechirurgische Behandlung helfen. Leider kommen diese Patienten im Schnitt erst nach ca. 20 Jahren in die spezialisierten Zentren, von denen es in Deutschland inzwischen etwa ein Dutzend gibt. Sobald die medikamentöse Therapie mit zwei bis drei Medikamenten nicht erfolgreich ist, sollte die Möglichkeit einer chirurgischen Behandlung der Epilepsie geprüft werden. Die frühzeitige Klärung sollte nicht zuletzt deshalb innerhalb weniger Jahre erfolgen, damit sich die hohe Chance auf Anfallsfreiheit auch psychosozial positiv auf das weitere Leben unserer Patienten auswirken kann.