Z Epileptol 2017 · 30:76
DOI 10.1007/s10309-017-0106-5
Online publiziert: 1. Februar 2017
© Springer Medizin Verlag Berlin 2017

G. Leonhardt

Epilepsiezentrum – Klinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

Verfahren der prächirurgischen Epilepsiediagnostik

Ein weites Feld

Erwiderung

Zu den Leserbriefen von
B. S. Kasper et al (2016) Prächirurgische Epilepsiediagnostik. WADA-Test und MEG sind wertvoll. Z Epileptol. doi: [10.1007/s10309-016-0076-z](https://doi.org/10.1007/s10309-016-0076-z)
E. Trinka et al (2016) Ergänzungen zur prächirurgischen Diagnostik bei Epilepsiepatienten. Z Epileptol. doi: [10.1007/s10309-016-0081-2](https://doi.org/10.1007/s10309-016-0081-2)
P. Boon (2016) Kommentar zu G. Leonhardts „Presurgical evaluation – state of the art“ (2016) im Auftrag der European MEG Society (EMEGS). Z Epileptol. doi:[10.1007/s10309-016-0085-y](https://doi.org/10.1007/s10309-016-0085-y)

Originalbeitrag

G. Leonhardt (2016) Aktuelle Prächirurgische Diagnostik. Z Epileptol 29(3):106–114. doi: [10.1007/s10309-016-0063-4](https://doi.org/10.1007/s10309-016-0063-4)

Die Zuschriften der Arbeitsgruppen aus Erlangen, Gent und Salzburg kritisieren, dass die Magnetenzephalographie (MEG) nicht erwähnt wurde. Die Auswahl der dargestellten Verfahren orientierte sich am Vorgehen des Verbundes der Epilepsiezentren Kork und Freiburg, in dem das MEG keine wesentliche Rolle in der prächirurgischen Diagnostik spielt – obwohl eine der leitenden Personen früher an anderer Stelle selbst wissenschaftlich darüber gearbeitet hat. Diese Methode steht hier nicht zur Verfügung, und frühere Versuche, die Untersuchung auswärts durchführen zu lassen und die Befunde in das diagnostische Puzzle einzubauen, waren aus verschiedenen Gründen nicht erfolgreich. Das MEG ist auf die Erfassung interiktaler und in seltenen Fällen nichtkonvulsiver Anfälle beschränkt. Es kann auch nur einen

relativ kurzen Zeitraum abdecken mit dadurch stark eingeschränkter Erfassung epileptischer Aktivität, die im Zeitverlauf an verschiedenen Stellen auftritt. Dass im Einzelfall das MEG durch Detektion von im EEG nicht-fassbarer interiktaler epileptischer Aktivität die Hypothesenbildung vor der invasiven Diagnostik oder der Operation bereichern kann, ist richtig. Daher hätte diese Methode eine kurze Erwähnung verdient gehabt.

Die Schwere der Auslassung wird sicher gemildert durch die Tatsache, dass die meisten Epilepsiezentren mit prächirurgischer Abklärung in Deutschland das MEG nicht einsetzen und einige europäische (dem Autor sind das National Hospital Queen Square in London und Great Ormond Street Hospital for Children persönlich bekannt) ebenfalls nicht. Es ist, realistisch gesehen, auch nicht zu erwarten, dass sich an der geringen Verfügbarkeit dieser Geräte und ihrem methodisch bedingt eingeschränkten Stellenwert in der prächirurgischen Abklärung in absehbarer Zukunft viel ändern wird.

Die Möglichkeiten des WADA-Tests, die von der Erlanger Gruppe angeführt werden, sind dem Autor wohl bekannt, und er kann durchaus noch weitere anführen. Der kritisierte Artikel war konzipiert als Einführung für epileptologisch Tätige, er war nicht an Experten gerichtet und hatte nicht den Anspruch, jeden Aspekt umfassend zu beschreiben. Der Anspruch, einerseits die Länge des Artikels zu begrenzen und andererseits nicht einen maximal komprimierten, für den Nicht-Experten schwer verständlichen Text anzubieten, zwang zur Selektion.

Aus diesen Gründen haben auch die wichtigen Aspekte in der Durchführung, wie die Patientensicherheit, keine Aufnahme gefunden. Dieser Artikel war ja nicht geschrieben mit dem Anspruch, eine Anleitung zur praktischen Vorgehen zu sein. Die Liste der Salzburger Kollegen ließe sich leicht fortsetzen um eine Diskussion der richtigen Thromboseprophylaxe, der (Mindest-)Anforderung an die Qualifikation des Personals und weitere mehr. Sie hat aber aus den o. a. Gründen keinen „Platz“ in dem Artikel gefunden.

Korrespondenzadresse

Dr. med. G. Leonhardt
Epilepsiezentrum – Klinik für Neurochirurgie,
Universitätsklinikum Freiburg
Breisacher Str. 64, 79104 Freiburg, Deutschland
georg.leonhardt@uniklinik-freiburg.de

Interessenkonflikt. G. Leonhardt gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.