nicht, wir brauchen auch besser wirksame Substanzen“, ergänzte der Epilepsie-experte.

Hohe Rezidivrate nach dem Absetzen

Umso wichtiger ist es seiner Ansicht nach, den einmal erreichten Therapieerfolg nicht leichtfertig zu verspielen. Eine südkoreanische Arbeit legt nahe, dass bei mehr als der Hälfte der Patienten erneut Anfälle auftreten, wenn sie die Medikamente absetzen [Park S et al. Epilep-

sia 2017; 58: 60–7]. Die knapp 400 Patienten der Studie waren seit mindestens vier Jahren ohne Anfälle und zeigten im EEG keine epilepsietypischen Signale. Die Medikation wurde daraufhin langsam über mehrere Monate hinweg ausgeschrieben. Innerhalb von drei Jahren kam es bei 65 % zu erneuten Anfällen, bei einem Drittel davon bereits in der Absetzphase. Besonders hoch war das Rezidivrisiko bei Patienten, die lange gebraucht hatten, bis sie endlich anfallsfrei waren sowie bei einem Beginn der Epi-

lepsie vor dem 20. Lebensjahr und bei fokalen Epilepsien. Am häufigsten kam es im ersten Jahr nach dem Ausschleichen der Medikation zu Anfällen, berichtete Hamer. „Ist erst einmal Anfallsfreiheit erreicht, sollte diese nicht durch ein verfrühtes Absetzen der Medikamente aufs Spiel gesetzt werden.“

Thomas Müller

Epilepsie (Professor Hajo Hamer). Neuro Update, Mainz, 3.3.2017

Videogestützter Kopfpulstest erleichtert Diagnostik bei Schwindel

Schwindel, gestörtes Gleichgewicht und das daraus resultierende erhöhte Sturzrisiko gehören zum Alltag jedes Neurologen. Moderne Methoden wie der videookulografische Kopfpulstest helfen bei der Diagnose.

Größere ein- oder zweiseitige peripher-vestibuläre Dysfunktionen lassen sich mit dem klinischen Kopfpulstest (kKIT) nachweisen. Finden sich bei Patienten mit Schwindel oder gestörtem Gleichgewicht hier jedoch Normalbefunde, sollte wegen der mäßigen Sensitivität des kKIT ein videookulografischer Kopfpulstest (vKIT) nachfolgen. Denn bei älteren Menschen finden sich oft klinisch kleine, aber physiologische Catch-up-Sakkaden, erläuterte Professor Dominik Straumann, Universitätsspital Zürich. Hier bringt die Variante der Videomessung mit kopffixiertem Zielpunkt (suppression head impulse test paradigm, SHIMP) mehr Klarheit [Rambold HA. Otol Neurotol 2016; 37: 171–8], denn sie visualisiert die Restfunktion bei subtotalen peripher-vestibulären Ausfällen besser als bei raumfixierten Zielpunkt (HIMP) durch frühe Sakkaden weniger und bestimmt ihn somit genauer.

Hinweis auf das Sturzrisiko?

Das Sturzrisiko von Patienten mit Schwindel ist oft schwer abzuschätzen. Eine Querschnittstudie bei 569 Patienten hat besonders bei zentral bedingten Gleichgewichtsstörungen etwa durch Morbus Parkinson, Kleinhirn- oder

Hirnstammsyndrome mit gestörter Okulomotorik ein deutlich erhöhtes Sturzrisiko ergeben [Schlick C et al. J Vestib Res 2016; 25: 241–51]. Dagegen unterscheidet sich das Sturzrisiko bei funktionell bedingtem Schwindel nicht von dem gesunder Personen. „Bei einer zentralen Diagnose muss man immer an ein erhöhtes Sturzrisiko denken“, betonte Straumann. Hier sollte der Arzt rechtzeitig sturzprophylaktische Maßnahmen, wie dünne Schuhe mit dünnen Sohlen, einen Gehstock oder eine physiotherapeutische Gehschulung erwägen. Die posturale Kontrolle kann der Patient auch selbst verbessern, indem er ein nahegelegenes Objekt fixiert. Umgekehrt steigt die Schwankneigung bei Fixierung eines fernen Objekts, womöglich von einem hohen Punkt aus, da die retinale Bildverschiebung hier wegfällt. Gestört sein können dabei die Koordination der Beine, die posturale Kontrolle. Es kann aber auch eine Oszillopsie vorliegen, die sich vor allem beim Blicken nach unten bemerkbar macht. Die Sturzgefahr bei zerebellärer Ataxie kann klinisch durch die Kombination aus langsamem und schnellem Gehen genauer untersucht werden [Schniepp R et al. J Neurol 2016; 263: 1409–17]. Während Instabilitäten beim langsamen Gehen auf ein erhöhtes

Sturzrisiko hinweisen, ist Instabilität beim schnellen Gehen (Variation of stride) mit der Schwere der Ataxie korreliert.

Bei mehr als acht von zehn Patienten macht sich eine Myasthenia gravis nur durch okuläre Symptome bemerkbar. Gelingt hier schon die Diagnose, kann das Risiko der zu 80 % bereits im ersten Jahr stattfindenden Generalisierung der Erkrankung durch rechtzeitige immunsuppressive Therapie vermindert werden. Ein neuer Test zum Nachweis okulärer vestibulär evozierter myogener Potenziale (oVEMP) hilft, durch repetitive Stimulation den pathognomonischen Abbau der Aktivität der extraokulären Muskeln nachzuweisen [Valko Y et al., 2016; 86: 660–8].

Dr. Andreas Häckel

Neuroophthalmologie/Schwindel (Professor Straumann), Neuro Update, Mainz, 4.3.2017

Weitere Infos auf springermedizin.de

Videobasierter Kopfpulstest – Bedeutung für die Routine-diagnostik von Schwindelerkrankungen

Machner B et al.

Der Nervenarzt 2013; 84: 975–83

DOI 10.1007/s00115-013-3824-6

► Diesen Artikel finden Sie, indem Sie den Titel in die Suche eingeben.