Z. Epileptol. 2021 · 34:4
<https://doi.org/10.1007/s10309-020-00388-8>
Angenommen: 4. Dezember 2020

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
Springer Nature 2020

Während Temporallappen- und Frontallappenepilepsien häufig untersucht und beschrieben worden sind, fanden Parietal- und Okzipitallappenepilepsien weniger Aufmerksamkeit und sind weniger genau charakterisiert worden. Parietal- und Okzipitallappen tragen ebenso wie posteriore Anteile des Schläfenlappens maßgeblich zur Perzeption bei.

Traditionell werden Epilepsien nach Lappenzugehörigkeit klassifiziert, wobei Parietal- und Okzipitallappenepilepsien ca. 10% aller refraktären Epilepsien ausmachen. Parietal- und Okzipitallappenepilepsien weisen insofern Besonderheiten auf, als 1) relativ wenige Fälle ausgiebig dokumentiert sind, 2) identische Anfallssymptome aus verschiedenen Lappen generiert werden können und 3) ein integrales Assoziationssystem im posterioren Kortex vorliegt. Die Kenntnis der Neuroanatomie (*Schumann*) und Physiologie liefert die Basis für das Verständnis der zum Teil komplexen Anfallssemiotik (*von Oertzen*). Eine profunde Wissensbasis über die Propagationswege und epileptische Netzwerke ist bei dieser Patientengruppe äußerst wichtig (*Jacobs*). Fehlinterpretationen von Anfallssymptomen führen leicht zur irrtümlichen Annahme nicht-epileptischer Anfälle und zu falschen Lokalisationen der Region des Anfallsursprungs (*Kaufmann, Pataraia*). Bei der diagnostischen Herausforderung bezüglich Anfallserkennung und Syndromzuordnung tragen elektrophysiologische (EEG, MEG), bildgebende (MRT, PET, SPECT) und genetische Untersuchungsverfahren zunehmend zur präziseren Darstellung der klinischen Charakteristik dieser Epilepsien bei (*Bürki*). Diese ist für die optimale Auswahl der The-

Georgia Ramantani¹ · Hermann Stefan²

¹ Abteilung Neuropädiatrie, Universitäts-Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung, Zürich, Schweiz

² Neurologische Klinik – Biomagnetismus, Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen, Deutschland

Parietal- und Okzipitallappenepilepsien

rapie und Einschätzung der Prognose hilfreich.

Die Ätiologien bei Parietal- und Okzipitallappenepilepsien sind ähnlich wie bei anderen refraktären strukturellen Epilepsien (*Kasper*). Zu den häufigsten strukturellen Läsionen gehören die fokalen kortikalen Dysplasien und kortikale Fehlbildungen sowie gutartige Tumoren und ischämische oder gliotische Veränderungen. Die Mehrheit der Parietallappenfunktionen ist schwierig zu testen und unspezifisch und trägt wenig zur Lokalisationshypothese bei. Einerseits entgehen aphasische und dyskalkulatorische Störungen, die zweifelsfrei bei intrazerebraler Parietalhirnstimulation nachweisbar sind, leicht der Symptomerfassung, andererseits verleiten affektive Symptome bei Parietalhirnanfällen nicht selten zur Fehldiagnose nichtepileptischer Anfälle (*Kovac*). Wegweisend ist allerdings ein vorbestehender Gesichtsfelddefekt, der bei 10–36% der Patienten auftritt und in der Regel auf strukturelle Veränderungen hinweist (*Hoffmann, Neumayr*).

Ein erheblicher Anteil der Parietal- und Okzipitallappenepilepsien tritt bei Kindern auf. Dies spiegelt sich im frühen Epilepsiebeginn wider, in der hohen Anfallsfrequenz und in der häufigen Manifestation von epileptischen Spasmen. Dies könnte auf die Verteilung der physiologischen Reifung während der Hirnentwicklung zurückgeführt werden, wobei die posterioren Hirnregionen eine frühere Differenzierung und Reifung der grau-weißen Substanz bereits in den ersten Lebensjahren zeigen. Die genetisch bedingten fokalen Epilepsiesyndrome der Kindheit (*Datta*), v. a. die Panayiotopoulos-Epilepsie, sollen außerdem

rechtzeitig von strukturellen und damit chirurgisch behandelbaren Epilepsien unterschieden werden (*Rüegger*). Die Möglichkeit, bei pharmakoresistenten PatientenInnen in ausgewählten Fällen epilepsiechirurgische Eingriffe durchzuführen, führt zu einem verbesserten Nachweis zugrunde liegender Ätiologien (*Rössler, Rosch*). Das vorliegende Heft befasst sich mit wichtigen aktuellen Gesichtspunkten zu Parietallappen- und Okzipitallappenepilepsien einschließlich Falldarstellungen.

Zürich, Erlangen, Dezember 2020

G. Ramantani und H. Stefan

Korrespondenzadresse

**PD Dr. med. Dr. sc.
Georgia Ramantani**
Abteilung Neuropädiatrie,
Universitäts-Kinderspital
Zürich – Eleonorenstiftung
Steinwiesstr. 75, 8032 Zürich,
Schweiz
georgia.ramantani@
kispi.uzh.ch

Prof. Dr. Hermann Stefan
Neurologische Klinik –
Biomagnetismus,
Universitätsklinikum Erlangen
Schwabachanlage 6,
91064 Erlangen, Deutschland
hermann.stefan@t-online.de

Interessenkonflikt. G. Ramantani und H. Stefan
geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.