

Narkose beim Status epilepticus – wann und wie?

Oberstes Gebot beim generalisierten tonisch-klonischen Status epilepticus ist es, diesen möglichst rasch und sicher abubrechen. Mit welchen Mitteln man das bewerkstelligt, scheint von sekundärer Bedeutung zu sein.

In der Therapie des Status generalisierter tonisch-klonischer Anfälle ist ein Stufenschema etabliert, demzufolge Benzodiazepine in der Initialphase an erster Stelle stehen, gegebenenfalls gefolgt von anderen Antikonvulsiva. Bei refraktärem Status ist die intravenöse Gabe von Narkosemitteln angezeigt: Thiopental, Midazolam oder Propofol, unter intensivmedizinischen Bedingungen, mit gegebenenfalls Intubation und maschineller Beatmung. In der Initialphase, das heißt, in den ersten zehn Minuten, haben sich laut Prof. Dr. Hajo Hamer, Epilepsiezentrum, Neurologie, Uni Erlangen, Benzodiazepine im Vergleich zu anderen Medikamenten im Hinblick auf den Krankheitsverlauf als vorteilhaft erwiesen.

Status sicher und rasch beenden

Bisherige Studien, die den Einfluss von Anästhetika auf den Verlauf bei Status epilepticus untersuchten, kommen Hamer zufolge zu widerstreitenden Ergebnissen. Ein Einfluss leitliniengerechter Behandlung auf die Mortalität konnte bislang weder eindeutig belegt noch ausgeschlossen werden. Auch eine Überlegenheit eines der genannten Anästhetika gegenüber einem anderen wurde bislang nicht gezeigt. Außer Frage steht wiederum, dass es gilt, den Status so rasch wie möglich abubrechen, mit entsprechender Sicherung, klinisch und im EEG. Eine US-

amerikanische Studie fand Hinweise darauf, dass dabei eine kürzere, aber tiefere Narkose wirksamer und sicherer ist als die gängigen Narkosen von 24–48 Stunden [1].

Dass die Burst-Suppression eine entscheidende Voraussetzung für den Therapieerfolg wäre, ist nach Hamers Einschätzung aber eine Legende. In einer Fallserie von 36 Patienten mit resistentem Status epilepticus verglich Hamers Arbeitsgruppe die EEG-Verläufe der Patienten, deren Status erfolgreich abgebrochen werden konnte, mit denen von Patienten mit rezidiviertem Status. Das Suppression-Burst-Verhältnis als Ausdruck der Sedierungstiefe korrelierte nicht mit dem Delta-Anteil am Spektrum und war bei den Patienten mit Rezidiv sogar höher als bei den erfolgreich behandelten [2].

Narkose auch bei non-convulsivem Status?

Auch beim länger anhaltenden refraktären non-convulsiven Status epilepticus mit Bewusstseinsstrübung und insbesondere bei Patienten, bei denen im Verlauf des Status die Stabilität von Vitalfunktionen nachlässt, rät Hamer zur Narkose. Sei der Patient aber bei Bewusstsein, so spreche das eher gegen den Einsatz von Anästhetika, und bei einem Absence-Status kommen letztere nicht in Frage.

Dr. med. Thomas M. Heim

Literatur:

1. Mulhofer WG et al. *Epilepsia* 2019; 60: 921-34
2. Gollwitzer et al. *DGN* 2019, Poster P278

92. DGN-Kongress, Symposium „Kontroversen in der neurologischen Intensivmedizin“, Vortrag „Künstliche Beatmung bei Status epilepticus: wann und wie?“, Stuttgart, 27.9.2019

Cannabinoide in der Schmerztherapie – was ist belegt?

Ob es zu medizinischen Cannabinoiden derzeit mehr Hype als Evidenz gibt, wird weiterhin heftig diskutiert. Denn die Datenlage ist in den meisten Indikationen dünn. Bei neuropathischen Schmerzen haben es die Cannabinoide nun aber in die S2k-Leitlinie der DGN geschafft.

Nach dem „Cannabisgesetz“ sind nun folgende Cannabiswirkstoffe erstattungsfähig: Dronabinol (Tetrahydrocannabinol [THC] als Reinsubstanz zur Herstellung von Rezeptur Arzneimitteln), Nabiximols (zu etwa gleichen Teilen THC und Cannabidiol [CBD] als Mundspray für schmerzhafte Spastik bei Multipler Sklerose [MS]), Nabilinol (synthetisches THC-Derivat als Kapseln mit je 1 mg für Chemotherapie-induzierte Übelkeit und Erbrechen) sowie Cannabisblüten und Cannabisextrakte (zur Zubereitung im Inhalator, Rauchen, Tee, Gebäck). Bei Letzteren stellt die adäquate Dosierung allerdings eine Herausforderung dar, so Dr. Sascha Weber, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Uniklinik RWTH-Aachen, während des Workshops

„Neurologische Schmerzsyndrome: von der Pathophysiologie zur Therapie“ beim diesjährigen DGN-Kongress.

Wichtiges zu Pharmakokinetik und Kontraindikationen

Als wichtige Aspekte der Pharmakokinetik nannte Weber die primäre Halbwertszeit von vier Stunden, die eine dreimal tägliche Gabe erforderlich mache, den sehr hohen First-Pass-Effekt mit folglich niedriger Bioverfügbarkeit von 6–20 %, bei allerdings drei- bis sechsmal höheren Konzentrationen im Zentralnervensystem. Die Zieldosis liege im Bereich von 5–20 mg/Tag, könne im Einzelfall aber auch deutlich höher sein. Generell nähmen aber die Nebenwirkungen und psychotropen Effekte bei einer Dosis jenseits von 25 mg/Tag zu.

Als absolute Kontraindikationen gelten laut European Pain Federation (EFIC) Überempfindlichkeit gegenüber Cannabis in der Vorgeschichte, Schwangerschaft (angestrebt oder existierend), Stillen sowie Kindes- und Jugendalter (abgesehen von bestimmten Ausnahmen) als relative Kontraindikationen epileptische Anfälle, schwere Herzerkrankungen und psychiatrische