

Epilepsiebehandlung



epilepsie

selbsthilfe

nrw

Einleitung

Eine Epilepsitherapie erfordert vielschichtige Einsichten und Maßnahmen. Sowohl Arzt als auch Patient müssen die individuelle Situation des Betroffenen verstehen und gemeinsam akzeptierte erreichbare Behandlungsziele vereinbaren. Bei der ersten Routineuntersuchung mit Erhebung der Krankengeschichte sollte bereits eine vertrauensvolle Patient-Arzt-Beziehung entstehen. Dies ist die Grundlage für den wichtigen Teil der Gesamttherapie und für ein optimales Behandlungsergebnis. Eine korrekte Diagnose ist Voraussetzung für eine patientenspezifische Behandlung. Neben der medikamentösen Therapie mit Antiepileptika sind Lebensgestaltung, Sozialberatung, psychische Unterstützung und rehabilitative Maßnahmen Bestandteile einer komplexen Epilepsiebetreuung. Sie betrifft nicht nur die Anfallskontrolle, sondern auch die Lebensqualität.

I Diagnose und Aufklärung

Nach einem ersten Anfallsereignis ist zunächst festzustellen, ob es sich um einen epileptischen Anfall oder einen nichtepileptischen Anfall, wie z.B. eine kreislaufbedingte Ohnmacht, eine psychische Störung, eine Migräne etc. handelt. Da Anfälle sehr schnell ablaufen und der Betroffene aufgrund einer Bewusstseinsveränderung nicht in der Lage ist das Geschehen vollständig wiederzugeben, können leicht Verwechslungen auftreten:

- War es wirklich der erste Anfall?
Oder
- traten vielleicht schon früher unerkannte Anfälle auf?

Durch eine spezielle neurologische Untersuchung wird in einem nächsten Schritt die Ursache des epileptischen Anfalles geklärt. Die Therapie wird an der Ursache (z.B. Durchblutungsstörung, Entzündung, Verletzung,

Tumor, Entwicklungsstörung oder familiäre Disposition) ausgerichtet. Eine Dokumentation der Untersuchungsergebnisse nach Art, Situation, Häufigkeit, Tageszeit des Auftretens von Anfällen sowie Medikamenteneinnahmen und eventuelle Nebenwirkungen liefert ebenfalls diagnostische Informationen.

Für die Epilepsiebehandlung ist wichtig, dass der Betroffene versteht, was ein epileptischer Anfall ist und wann man erst von einer Epilepsie spricht. Patienten sollten wissen, welche Risiken (z.B. Verletzungen, Ertrinken, Sterblichkeit) mit Anfällen verbunden sind. Ebenso sollten mögliche Auswirkungen auf Beruf, Familie, soziale Aktivitäten sowie auf die Fahrerlaubnis bekannt sein. Für Angehörige ist es wichtig zu wissen, was sie bei einem Anfall zu machen haben und wie sie Betroffene unterstützen können.

II Medikamentöse Behandlung

Nach erfolgreicher Diagnoseerstellung durch den Facharzt stellt sich die Frage nach einer Behandlung. Nicht jeder epileptische Anfall bedarf einer Medikamentenverabreichung. Ein einzelner Anfall bei hohem Fieber oder anderen auslösenden Ursachen wird meistens nicht mit Antiepileptika behandelt. Man verwendet neuerdings vermehrt statt Antiepileptika den Begriff „antiiktal“ (Iktus heißt der Anfall). Wenn mehrere Anfälle ohne ersichtlichen Grund spontan auftreten oder eine spezielle Gehirnveränderung nachweisbar ist, werden Antiepileptika verabreicht. Bei 5% der Menschen kommt nur einmal ein Anfall vor, bei 0,7% liegen mehrere Anfälle bzw. eine Epilepsie vor.



Frühe Behandlungsmaßnahmen bei Epilepsie wurden bereits von dem griechischen Arzt Erasistratos 300 vor Christus und später von Avicenna um 1000 nach Christus durchgeführt. Pflanzliche Mittel wie Valerian enthielten einen Stoff, der der späteren Valproinsäure in heute verwendeten Antiepileptika ähnelte (F.Colonna 1592). Ein wirkungsstarkes Medikament wurde schließlich von C. Locock 1851 eingesetzt. Heute stehen zahlreiche Substanzen zur Verfügung, die durch einen speziell für Epilepsie geschulten Neurologen (und bei Kindern durch den Neuropädiater) individuell für den jeweiligen Betroffenen ausgewählt werden können. Bei der Auswahl des Antiepileptikums kommt es auf die Art der epileptischen Anfälle und der Epilepsie, Ursache, Verträglichkeit, Begleiterkrankungen und mögliche Wechselwirkungen mit bereits einzunehmenden anderen Medikamenten an. Meistens beginnt die Antiepileptikatherapie mit einer Substanz (Monotherapie). Falls keine Notfallsituation besteht, wird diese allmählich über Tage und Wochen langsam bis zur Wirkdosis aufdosiert. Frühere Nebenwirkungen von anderen Medikamenten sollten dem Arzt mitgeteilt werden. Mögliche Nebenwirkungen werden vom Arzt eingehend besprochen. Müdigkeit, Schwindel, Konzentrationsschwierigkeiten, Übelkeit, Juckreiz oder andere Beschwerden müssen dem Arzt zügig mitgeteilt werden, damit entschieden werden kann, ob das Medikament weitergenommen werden soll, die Dosis gleichbleibt oder verringert werden kann. Bestimmte Nebenwirkungen können sich mit der Zeit verringern.

In dem Gespräch mit dem Arzt wird eine gemeinsame Entscheidung für das weitere Vorgehen besprochen. Wenn der Betroffene die Behandlungsvorschläge versteht und mit diesen einverstanden ist, kann eine langfristige Behandlungstreue bestehen. Sie ist Voraussetzung für eine gute Motivation zur regelmäßigen Einnahme der Antiepileptika. Bedenken aus Patientensicht sollten frühzeitig beim Behandlungsvorschlag besprochen werden. Auch sollten mögliche Alternativen sowie die Risiken und Chancen jetzt besprochen werden.

Plötzliches Absetzen oder Vergessen der Medikamenteneinnahme können gefährliche Anfallshäufungen hervorrufen. Tageszeitdosierungsbehälter und Mobilphone-Erinnerungen (z.B. Wecker oder Apps) helfen, die Einnahme regelmäßig durchzuführen. Bei guter Mitarbeit steigt die Chance, Antiepileptika weniger oft am Tag einnehmen zu müssen (u.U. nur einmal täglich). Die Angaben über das tageszeitliche Auftreten von Anfällen und eventuelle Nebenwirkungen hilft bei der ärztlichen Festlegung des optimalen Einnahmezeitpunktes während des 24 Stundenzeitraumes. Falls Anfallsfreiheit durch ein Antiepileptikum erreicht wird, sollte es nicht mit einem Generikum ausgetauscht werden. Grund hierfür können unterschiedliche Ummantelungen der Wirksubstanz sein, die zu Schwankungen der Aufnahme der Wirksubstanz in den Körper oder zu allergischen Reaktionen führen kann. Veränderungen von Form und Farbe des Medikamentes können zu Verunsicherung und Einnahmefehlern führen. Deshalb sollte nach Möglichkeit immer das gleiche Präparat verschrieben werden. Dies kann der Arzt auf dem Rezept („Aut idem“) vermerken. Bei Anfallsfreiheit ist oft eine jahrelange Einnahme des Antiepileptikums notwendig, um einen Rückfall zu vermeiden. In bestimmten Situationen kommt nur ein Antiepileptikum in Betracht, das hierfür noch keine Zulassung hat (off label use). Dann sollte man sich mit der Krankenkasse vor Einnahme

bezüglich der Kostenübernahme in Verbindung setzen. Aufgrund von Schwierigkeiten von internationalen Lieferketten ist es ratsam, sich bei bestimmten Antiepileptika einen gewissen Vorrat einzurichten, um bei Mangel nicht auf ein anderes Antiepileptikum umstellen zu müssen.

Falls eine Behandlung mit einem Medikament nicht zur Anfallskontrolle führt, wird ein zweites Präparat und eine Kombination von zwei Medikamenten eingesetzt. Tritt auch dann – bei regelmäßiger Einnahme und optimaler Dosierung – keine Anfallsfreiheit oder eine intolerable Nebenwirkung auf, wird von Pharmakoresistenz gesprochen. Eine Pharmakoresistenz liegt etwa bei einem Drittel der Patienten vor. Dann wird mit Hilfe einer prächirurgischen Diagnostik geprüft, ob eventuell ein epilepsiechirurgischer Eingriff hilfreich sein kann.

Notfallmedikation

Nach erstmaligem epileptischem Anfall ist ein Arzt zu benachrichtigen. Bei Auftreten eines Anfalles mit Bewusstseinsstörung wird der Betroffene beobachtet und das Umfeld gesichert (scharfe, elektrische, heiße Gegenstände). Tritt ein Anfall mit Bewusstlosigkeit, beidseitigen Verkrampfungen und Sturz auf, sollte eine stabile Seitenlagerung erfolgen, damit die Atemwege frei bleiben. Eine Notfallmedikation wird meistens erst dann nötig, wenn der Anfall länger als 3 Minuten dauert oder weitere Anfälle in kurzem Abstand folgen. Ist der Betroffene bereits in ärztlicher Behandlung, dann sollte mit dem Arzt besprochen werden, nach welcher Zeit ein Medikament in welcher Dosis verabreicht wird. Dauert der Anfall länger als 5 Minuten, liegt ein „status epilepticus“ vor, der den sofortigen Einsatz eines Notarztes erfordert. Notfallmedikamente können in Absprache mit dem Arzt auch von Angehörigen z.B. über die Wangenschleimhaut, die Nase oder rektal mit einer Rektiole oder einem Miniklistir verabreicht werden.

III Psychotherapie

Lebenszufriedenheit, soziale Integration, Leistungsfähigkeit, Schlaf, Libido und Sexualität stellen ebenso wie depressive Verstimmung bei einer schwer zu behandelnden Epilepsie Probleme dar, bei denen Psychotherapie und Psychopharmaka hilfreich sind. Psychotherapie trägt dazu bei, Konflikten und Ängste zu bewältigen und mit der Erkrankung zurechtzukommen. Sozialer Rückzug, Depressionen und Stressreduktion sind wichtige Themen, die in psychotherapeutischen Sitzungen bearbeitet werden. Außerdem werden Möglichkeiten aufgedeckt, das Auftreten eines Anfalles durch Selbstkontrolle zu verhindern. Hierdurch bekommen Betroffene eine aktive Rolle bei der Behandlung, die das Selbstbewusstsein stärkt und Angst abbaut. Diese psychische Stabilisierung wirkt sich positiv auf die Anfallskontrolle insgesamt und die Krankheitsbewältigung aus.

IV Anfall-Selbstkontrolle

Neben der Therapie mit Antiepileptika sind die Erkennung und Vermeidung von anfallsfördernden Gegebenheiten oder die Unterbrechung eines beginnenden Anfalles (Aura) wichtig. Manchmal gelingt es, durch eine Gegenstimulation (Geruchsstoff oder Geschmackstoff anbieten, Reiben im prickelnden Arm etc.) den Anfall zu unterbrechen. Dies beruht auf der Anregung dem Herd angrenzender Nervenzellen und Hemmung der Ausbreitung der epileptischen Herdaktivität. Neuro-Biofeedback Verfahren benutzen z.B. eine Hirnstromableitung in Verbindung mit Reaktionsmöglichkeit des Untersuchten seine EEG-Frequenz zu beeinflussen. Hierbei wird angestrebt, die EEG-Grundrhythmus Aktivität in Richtung entspanntes Wachsein zu verschieben womit die Wahrscheinlichkeit einer Anfallsentstehung abnimmt.

V Diät

Als Ketose wird ein Stoffwechselzustand bezeichnet, bei dem vermehrt sogenannte „Ketonkörper“ wie bei Hunger statt Glukose entstehen. Die Beobachtung, dass beim Fasten Anfälle verringert werden, führte zur „Ketogenen Diät“. Ketogene Diäten (KD) sind fettreich, kohlenhydratreduziert und eiweißreich. Diese Diät soll den Stoffwechsel während des Fastens nachahmen. Die Ketogene Diät - KD - wird vorwiegend bei pharmakoresistenten Epilepsien des Kindesalters eingesetzt, falls die Epilepsiechirurgie als Option nicht eingesetzt werden kann. Ergänzend einer Anfallskontrolle bei 50-60 % können günstige Auswirkung auf Kognition und Verhalten erzielt werden. Die modifizierte Atkins-Diät, ermöglicht eine zunehmende Anwendung auch bei Epilepsien im Jugend- und Erwachsenenalter. Die Durchführung erfordert allerdings eine enge Zusammenarbeit von Diätspezialisten und Epileptologen, sowie den Eltern.



VI Epilepsiechirurgie

Bei 60-70% der mit Antiepileptika behandelten Patienten kann eine Anfallskontrolle erzielt werden. Etwa ein Drittel weisen jedoch eine Pharmakoresistenz auf. Die Überprüfung der Pharmakoresistenz sollte innerhalb weniger Jahre nach Beginn der Epilepsie stattfinden. Bei Vorliegen von operativ besonders gut behandelbaren Epilepsien mit epileptogenen Läsionen (wie z.B. von Nervenzelluntergängen im Schläfenlappen bei der Hippocampuskleiose) sollte eine Überprüfung der Möglich-

keit eines epilepsiechirurgischen Eingriffes zügig (d.h. innerhalb 2-3 Jahren) erfolgen. Leider erfolgt eine Epilepsiechirurgie häufig zu spät (Durchschnitt 15 Jahre). Besonders geeignete Operationskandidaten sind Menschen mit pharmakoresistenter fokaler (Herd) Epilepsie, wobei Ursache der Epilepsie eine Gewebsveränderung im Gehirn, wie eine Narbe, Tumor, eine Fehlbildung der Hirnrinde oder eine Gefäßfehlbildung ist. Voraussetzung für einen epilepsiechirurgischen Eingriff ist eine besondere präoperative Diagnostik. Diese Diagnostik wird in hierfür speziell ausgestatteten Epilepsiezentren durchgeführt. Der Anfallsursprungsort sollte nicht in einer Hirnregion liegen, die für Bewegung, Sprache, Gedächtnisfunktion unersetzlich ist. Es wird das epileptogene Gewebe entfernt. Bei Temporallappenepilepsie werden in 50-60% der Operierten die Anfälle langjährig kontrolliert; bei Extratemporal Epilepsie in 40%. Alternativ zur Gewebsentfernung (resektive Epilepsiechirurgie) sollte bei bestimmten Epilepsieformen die stereotaktische Laser Thermoablation erwogen werden, weil diese patientenschonend lediglich eine 3.5mm Schädelöffnung zur Einführung der Sonde erfordert. Bei Temporallappenepilepsie wird eine Anfallskontrolle innerhalb von 2 Jahren von 50-60% erreicht. Andere Operationsverfahren kommen in Betracht, wenn zum Erhalt der Hirnfunktion kein Gewebe entfernt werden kann. In diesem Fall können u.U. Fasern durchtrennt werden, die die Ausbreitung epileptischer Aktivität unterbinden. Nach der Operation finden Verlaufsuntersuchungen und Beratungen von Epileptologen, Neuropsychologen und Sozialdienst statt, um einen Übergang in eine möglichst ungestörte neue Lebensrolle und soziale Integration zu fördern. Im Anschluss an die Operation kann die Medikation oft reduziert und die Einnahme vereinfacht gehandhabt werden. Ein Absetzen der Medikation wird jedoch erst nach jahrelanger Anfallsfreiheit und eingehender Absprache zwischen Arzt und Betroffenen versucht.

VII Neurostimulation

Wenn eine medikamentöse Therapie nicht geholfen hat und eine operative Entfernung des krankhaften Areals nicht möglich ist, kommen elektrische Stimulationen am Vagus Nerv in der Halsregion in Betracht. Ein unter die Haut in der Schlüsselbeingrube implantierter Schrittmacher sendet über den „nervus vagus“ elektrische Impulse zum Gehirn. Die Elektrostimulation wird zusätzlich zur Behandlung mit Antiepileptika durchgeführt. Auf diese Weise soll die Übererregbarkeit im Gehirn herabgesetzt werden. Eine komplette Anfallsfreiheit ist selten zu erwarten, vielmehr soll eine deutliche Minderung der Anfallsfrequenz bzw. der Schwere der epileptischen Anfälle erreicht werden. Der Anteil der Patienten, die eine Reduktion der Anfallsfrequenz um mindestens 50% aufweisen, liegt zwischen 27 und 53%. Falls die nervus vagus stimulation nicht ausreichend hilft, kann eine tiefe Hirnstimulation angewandt werden. Hierbei handelt es sich um ein Verfahren der Elektrostimulation in der Tiefe des Gehirnes im vorderen Thalamus. Nach einem Jahr Behandlung mit der Tiefe-Hirnstimulation wurde eine Reduktion der Anfallsfrequenz um 41% beobachtet. Der minimal-invasive Eingriff wird in der Regel ohne funktionell Schädigung des Hirngewebes durchgeführt.

VIII Rehabilitation

Im Anschluss an die Epilepsiechirurgie und bei chronischen Epilepsien stellt die Rehabilitation Hilfen zur persönlichen psychischen, körperlichen und beruflichen Konsolidierung dar. Zusätzlich zu einer allgemeinen Gesundheits- und Sozialberatung werden individuelle Schwächen beachtet. Hierzu gehören körperliche Funktionseinbußen wie Lähmungen, Gedächtnisschwäche, innere Unsicherheit und Angespanntheit und berufliche Schwierigkeiten. Spezielle Maßnahmen dienen z.B. der Förderung von Wahrnehmung, Konzentration, Gedächtnis, Entspannung, Leistungsfähigkeit, Kommunikation und Integration.

Unter: www.epilepsie-online.de finden Menschen mit Epilepsie und Angehörige weiterführende Informationen und Kontakte.

Quellen und Literaturhinweise:

Porschen, T., Stefan, H. Informationsbroschüre Differentialdiagnose 2021

Schmitt, F., Stefan, H., Holtkamp, M. Epileptische Anfälle und Epilepsien im Erwachsenenalter. Springer Verlag 2021

Schmitt, FC Neue Operationsmethode aus den USA. EpiKurier 03 2019

Witt, JA, Krutenko, T., Gädeke, M., Surges, R., Elger, CE, Helmstaedter, C. Accuracy of expert predictions of seizure freedom after epilepsy surgery. *Seizure*. 2019 Aug;70:59-62. doi: 10.1016/j.seizure.2019.06.030

Impressum:

Thomas Porschen
und Prof. Dr. med. Hermann Stefan

Landesverband für Epilepsie Selbsthilfe
Nordrhein-Westfalen e.V.

Höninger Weg 361

50969 Köln

E-Mail: kontakt@epilepsie-online.de

www.epilepsie-online.de

Gefördert nach §20h SGB V durch
die KNAPPSCHAFT

