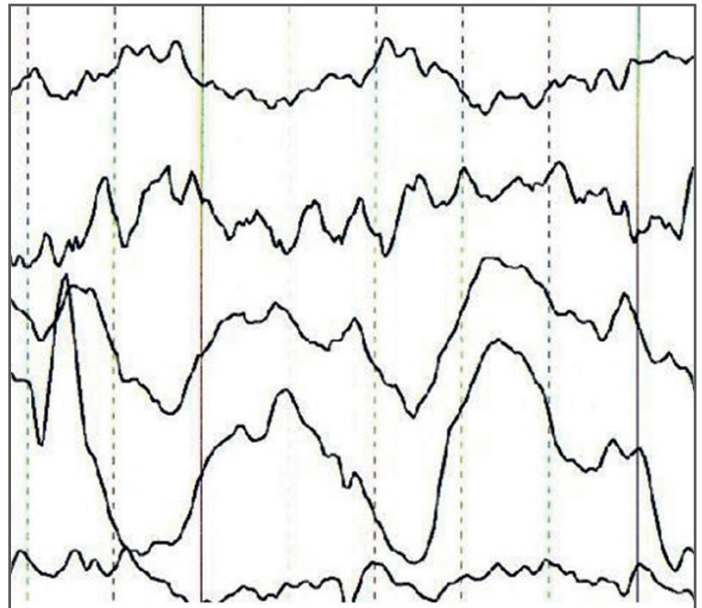


Erstes Ereignis Epilepsie oder was sonst?



Impressum:

Thomas Porschen
und Prof. Dr. med. Hermann Stefan

Landesverband für Epilepsie Selbsthilfe
Nordrhein-Westfalen e.V.
Postfach 10 09 30
50449 Köln

E-Mail: kontakt@epilepsie-online.de
www.epilepsie-online.de



09.2019/5.000

Gefördert nach §20h SGB V durch die
Krankenkassen/-verbände in NRW



*epilepsie
selbsthilfe
nrw*

Epileptischer und nichtepileptischer Anfall: Vorkommen

Ein plötzlicher Kontrollverlust über z.B. Wahrnehmung, Bewusstsein, Gedächtnis, Bewegung, Emotion und/oder Steuerung vegetativer Funktionen wie Herzschlag, Atmung kann zu einer Beunruhigung bei der betroffenen Person führen. Infolgedessen entsteht der Wunsch nach einer schnellen Klärung der Ursache. Da ein solches Ereignis häufig von kurzer Dauer ist und oft von niemandem sonst wahrgenommen wird kann die Diagnose schwierig sein. Ein solches Ereignis kann sowohl durch abnorme Erregung von Nervenzellen entstehen als auch durch einen kurzfristigen Zusammenbruch der Nervenzellfunktion infolge von Sauerstoff- oder Energiemangel hervorgerufen werden. Bei zu starker Erregung der Nervenzellen entsteht ein epileptischer Anfall. Griechische Ärzte sprachen früher von „Epilambanein“, was so viel heißt wie Überwältigung, Überraschungsangriff. Eine Durchblutungsstörung des Gehirns z.B. durch Blutdruckabfall führt durch einen Energiemangel zum Ausfall der Hirnfunktion. Hierfür wurde der Begriff „Syncoptein“ benutzt. Aus den griechischen Begriffen („Epilambanein“ und „Syncoptein“) entstanden die Bezeichnungen Epilepsie und Synkope. Eine Synkope tritt z.B. als Ohnmacht in Erscheinung. Das Risiko, das ein Mensch überhaupt einen ersten Anfall in seinem Leben erlebt, beträgt 8-10 Prozent und für einen epileptischen Anfall 2-3 Prozent.

Diagnostik

Folgende Fragen müssen beantwortet werden:

- 1. War es ein Anfall?
- 2. War es ein erster Anfall?
- 3. Ist es eine Epilepsie?

Erste epileptische Anfälle, welche unter Umständen schon in der Kindheit auftraten, werden häufig nicht festgestellt oder vergessen. Daher wird in 30% irrtümlich von einem ersten Anfall im Erwachsenenalter ausgegangen, wenn die Krankengeschichte lückenhaft ist.

Für die ärztliche Untersuchung empfiehlt es sich eine gründlich vorbereitete Auflistung über frühere gesundheitliche Probleme und eingenommene Medikationen zu erstellen. Bezüglich des Anfallsereignisses kann die Beantwortung eines Fragebogens hilfreich sein.



Fragebogen für Patient/in zum Anfallsgeschehen:

- Was bemerken Sie zuerst bei dem Ereignis?
- Eine Aura (z.B. erste abnorme Seh-, Hör-, Gefühls-, Wahrnehmung)?
- Was passiert dann in zeitlicher Reihenfolge?
- Dauer des Ereignisses?
- Konnten Sie sich verständigen oder andere Menschen verstehen?
- Erinnern Sie sich an das Geschehnis?
- Nach dem morgendlichen Aufwachen: Zungenbiss? Blut im Kissen? Muskelkater? Einnässen?
- Umstände des (ersten) Anfalls?

Haben andere den Anfall beobachtet?

Wenn ja,
Was haben diese erzählt:

- Bewusstsein gestört?
- Mundbewegungen?
- Speicheln?
- Augen offen oder geschlossen?
- Starrer Blick?
- Verkrampfung, Zuckungen?

Weitere gezielte Fragen werden dann während der Untersuchung je nach vorliegender Situation gestellt. Sie betreffen Details zur Aufmerksamkeit, Reaktionsfähigkeit, des Affektes, der Sprache, Motorik (Bewegungsaktivität), Sensorik (Aufnahme von Reizen über Sinnesorgane wie Augen, Ohren, Nase, Zunge), der Sensibilität (Fühler an den Nervenendigungen der Haut oder Eingeweiden) und des Vegetativums. Stets ist festzuhalten, ob dem Anfall eine Warnung als Vorgefühl (Aura) vorhergeht.

Da viele Anfälle mit einer Bewusstseinsstörung einhergehen oder im Schlaf stattfinden werden von den Betroffenen Anfälle in 30-60% selbst nicht oder nur unvollständig wahrgenommen. Zur Sicherung der Diagnose sind daher häufig gleichzeitige Langzeitaufzeichnungen von Patientenverhalten z.B. Video-EEG und Elektroenzephalogramm (EEG) sowie Elektrokardiographie (EKG) erforderlich.

Es sollte selbst versucht werden mit einem Mobilphone (Handy) oder einer Videokamera ein Ereignis aufzunehmen und zur ärztlichen Untersuchung mitzubringen. Hierzu ist eine gewisse Übung für eine gute Ausschnitteinstellung und Aufnahmequalität zweckmäßig. Zu Hause sind Langzeit Webcam Aufzeichnungen sehr nützlich.

Differenzierung epileptischer und nichtepileptischer Anfälle

Nichtepileptische Anfälle können in Form von Synkopen (Herz-Kreislauf bedingte Minderdurchblutung des Gehirns mit kurzer Ohnmacht, eventuell einigen wenigen Muskelzuckungen und Sturz) auftreten. Psychisch bedingte nichtepileptische Pseudoanfälle (Dissoziative Anfälle) sind durch seelische Probleme bedingt. Außerdem sind Migräneattacken, anfallsartige nichtepileptische Schlafstörungen und reine Bewegungsstörungen (Hyperkinesen) mit plötzlich abnormer und übermäßig gesteigerter Muskelaktivität mit zum Teil unwillkürlich ablaufenden Bewegungen einzelner Körperabschnitte oder des gesamten Körpers von epileptischen Anfällen zu differenzieren.

Verwirrtheit kann z.B. eine Folge von zu geringer Flüssigkeitszufuhr mit Austrocknung sein oder durch Fieber, Unterzuckerung bzw. Natriummangel hervorgerufen werden. Aber auch kleine häufige oder langdauernde epileptische Anfälle können zu Verwirrtheit führen.

Handelt es sich nicht um einen der oben genannten nichtepileptischen Ereignisse wird ein erster Anfall folgendermaßen eingeteilt

- **1) Sofortanfall**
Anfall durch Nervenzellerregung, der sofort nach einem schädigenden Ereignis auftritt wie z.B. Hirnerschütterung, akute Stoffwechselstörung, Vergiftung
- **2) Akut symptomatisch**
Auftreten des Anfalles durch Nervenzellerregung als Symptom einer Hirnschädigung zur Zeit der Schädigung. Damit ist definitionsgemäß gemeint, dass die Hirnschädigung bis maximal einer Woche nach dem Anfall vorhanden ist.
- **3) Remote symptomatisch**
Gemeint ist eine länger zurückliegende Hirnschädigung. Definitionsgemäß liegt die Hirnschädigung länger als 1 Woche bis zum Auftreten des Anfalles zurück
- **4) Anfall bei einem epileptischem Syndrom.**
Ein Anfall kann einem epileptischen Syndrom zugeordnet werden.

Die Einteilung der ersten Anfälle nach diesem Schema ist für das Rückfallrisiko und Behandlung mit Antiepileptika von Bedeutung.

Ursachen erster epileptischer Anfälle

In 30-45% eines ersten Anfalles findet man eine nachweisbare Ursache. Die Häufigkeitsverteilung ist stark abhängig vom Lebensalter.

Bei Erwachsenen liegen besonders folgende Ursachen vor:

- Durchblutungsstörungen des Gehirns
- Schädel-Hirnverletzungen
- Tumore
- Degenerative Erkrankungen
- In der Schwangerschaft oder der Geburt erworbene Hirnfehlbildungen
- Hirnentzündungen
- Stoffwechselstörungen
- Auslöser von Anfällen wie: Fieber, emotionaler Stress, Lichtstimulation, Alkohol, Drogen, Medikamente, Schlafentzug

Erster Anfall: Rückfallrisiko?

Das Risiko nach einem ersten Anfall einen zweiten oder weitere Anfälle zu bekommen lässt sich auf Grund der Klassifikation erster Anfälle, wie folgt abschätzen.

Akut symptomatischer Anfall bei Hirnschädigung innerhalb einer Woche: Risiko für weiteren Anfall 3-10%

Ein spontan auftretender Anfall: Risiko für zweiten Anfall 30-50%

Nach einem zweiten unprovokierten (spontanen) Anfall: Risiko für weitere Anfälle 60-80%

Das Risiko für einen 2. Anfall ist in den ersten beiden Jahren am höchsten und hängt z.B. davon ab, ob im Elektroenzephalogramm (EEG) oder Magnetresonanztomogramm (MRT) krankhafte Veränderungen gefunden werden.



Definition der Epilepsie

Eine Epilepsie wird als Hirnerkrankung diagnostiziert, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

- 1. Mindestens zwei spontan eintretende Anfälle, die im zeitlichen Abstand von wenigstens 24 Stunden auftreten.*
- 2. Ein spontan auftretender Anfall und Zusatzbefunde im EEG oder MRT, die dafür sprechen, dass ein weiterer Anfall wahrscheinlich auftreten wird. Remote symptomatische Anfälle (Auftreten des Anfalls nacheiner Woche der Hirnschädigung) haben ebenfalls ein erhöhtes Risiko.*
- 3. Der Anfall lässt sich einem epileptischen Syndrom zuordnen.*

Aus den Ausführungen ist zu entnehmen, dass von Betroffenen möglichst exakte Angaben zum zeitlichen Auftreten, Vorerkrankungen, möglichen Auslösefaktoren und dem Ablauf des Anfallsgeschehens wichtig sind.

Nach diesen Angaben und den ärztlichen Untersuchungsbefunden ergeben sich dann die Dringlichkeit und Auswahl der Behandlung mit Antiepileptika und/oder Vermeidung von anfallsauslösenden Faktoren.

Quellen/Literatur:

Hauser W, Annegers J, Kurland T
Incidence of Epilepsy and Unprovoked Seizures in Rochester, Minnesota: 1935–1984 *Epilepsia* 1993;34(3):453-468

Stefan H und Schmitt FC
Epileptische Anfälle und Epilepsien im Erwachsenenalter
Anamnese und neurologische Befunde,
Springer Verlag 2020

Angus-Leppan H
First seizures in adults *BMJ* 2014;348:2470

Rizvi S, Ladino D, Hernandez-Ronquillo L, Téllez-Zenteno J, seizure 2017;49:45-53

Unter:

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