

Aktuelle Therapie in der Neurologie

Kompodium für die Fort- und Weiterbildung

von

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Grisold, Prof. Dr. med. Peter Berlit

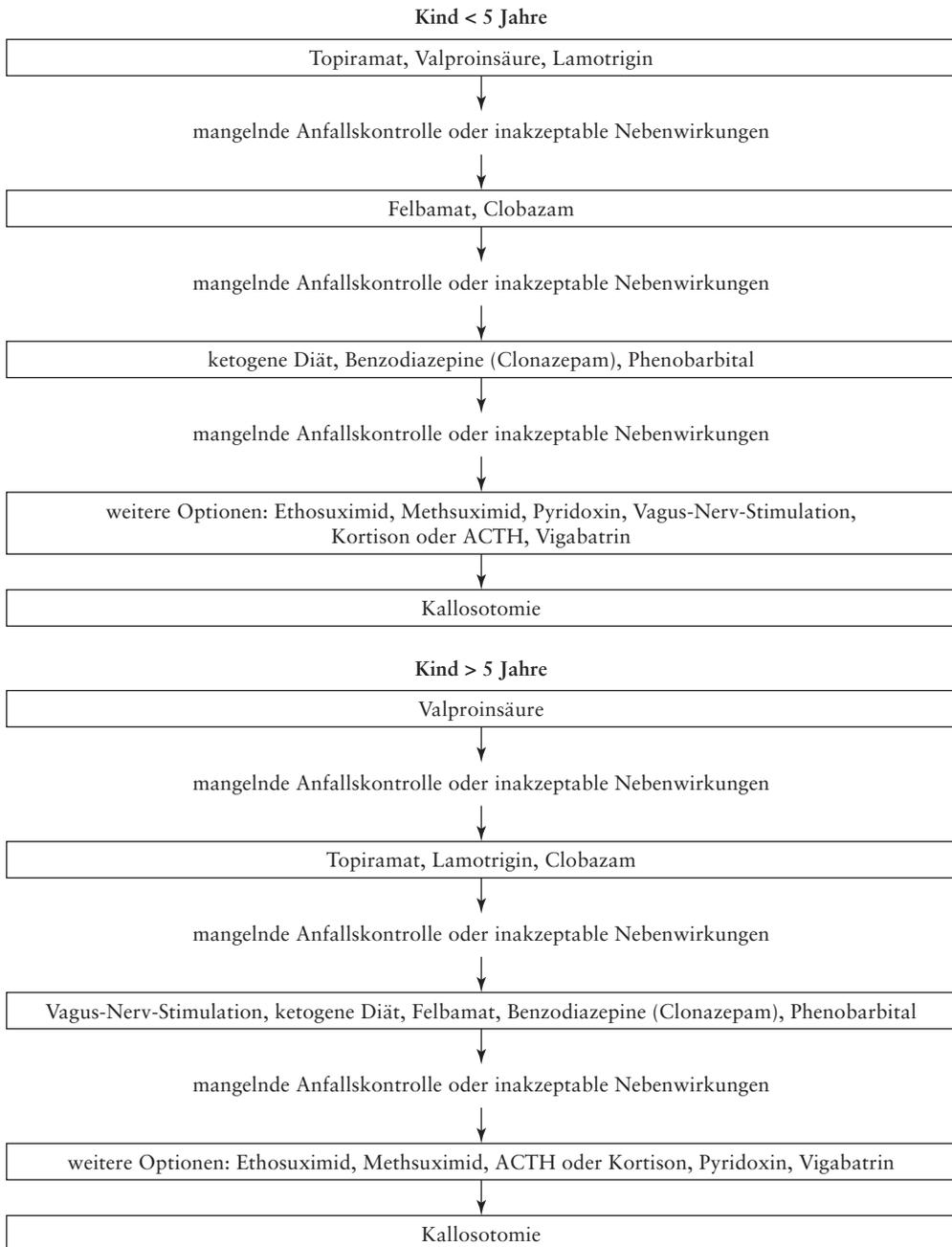
Grundwerk mit 29. Ergänzungslieferung

ecomед Medizin Heidelberg

Verlag C.H. Beck im Internet:

www.beck.de

ISBN 978 3 609 10002 9



(modif. nach Schmidt D, Bourgeois B. A risk-benefit assessment of therapies for Lennox-Gastaut syndrome. *Drug Saf* 2000;22:467-77)

Abb. 2: Therapie des Lennox-Gastaut-Syndroms

26% nach ein, zwei bzw. vier Jahren liegt (Medical Research Council Antiepileptic Drug Withdrawal Study Group 1991). Risikofaktoren für das Auftreten eines Anfallsrezidivs sind in Tabelle 9 zusammengefasst.

Tabelle 9: Risikofaktoren für Anfallsrezidive nach Beendigung der antiepileptischen Therapie

- Alter zu Beginn der Epilepsie
Anfallsbeginn in der Adoleszenz (12–20 Jahre; relatives Risiko im Vergleich zum Kindesalter = 1,79) > Anfallsbeginn im Erwachsenenalter (>20 Jahre; relatives Risiko im Vergleich zum Kindesalter = 1,34) > Anfallsbeginn im Kindesalter (< 12 Jahre); Ausnahme: schlechtere Prognose bei Beginn im Kleinstkindalter
- symptomatische Epilepsie
relatives Risiko im Vergleich zu idiopathischen Epilepsien = 1,55; insbesondere ist das Vorliegen einer mentalen Retardation prognostisch ungünstig; die meisten Daten stammen von Epilepsien im Kindesalter, für Erwachsene ist die Datenlage unzureichend
- EEG
insbesondere Verlangsamungen; Schwierigkeiten bei der Beurteilung und dem Vergleich verschiedener Studien
- Art des Epilepsiesyndroms
juvenile myoklonische Epilepsie → extrem hohes Rezidivrisiko; benigne fokale Epilepsien des Kindesalters → sehr geringes Rezidivrisiko
- Auftreten von „Durchbrucharfällen“ bei Fieber

Mit dem Patienten und dessen Angehörigen sind die Vorteile (Beendigung einer chronischen, unter Umständen mit Nebenwirkungen behafteten Medikamenteneinnahme; teratogene Risiken bei Frauen) und Nachteile (Rezidivrisiko; Einschränkungen beim Autofahren und anderen potenziell gefährlichen Tätigkeiten während des Absetzens; psychosoziale Konsequenzen eines erneuten Anfalls) eines Absetzversuchs zu besprechen. Zudem ist ein mög-

lichst genaues Risikoprofil zu erstellen. Maßnahmen im Falle eines Rezidivs sind festzulegen (telefonische Kontaktaufnahme mit dem Arzt, Verständigung der Rettung etc.). Auch die gute Behandelbarkeit der Epilepsie im Falle eines Rezidivs ist anzusprechen: im Falle eines Rezidivs kann bei mehr als 90% der Patienten unter einer erneuten antiepileptischen Therapie wieder eine langzeitige Remission erzielt werden (Chadwick 1996).

Generell sollte frühestens nach zweijähriger Anfallsfreiheit ein Absetzversuch unternommen werden, bei bestimmten Epilepsiesyndromen, wie z.B. der juvenilen myoklonischen Epilepsie frühestens nach fünf Jahren, obwohl hier manche Autoren eine lebenslange Therapie für sinnvoll erachten. Die Antiepileptika sollten nicht abrupt abgesetzt werden, sondern langsam ausgeschlichen werden (im Falle einer Monotherapie über einen Zeitraum von acht Wochen mit einer Dosisreduktion um 25% alle zwei Wochen; im Falle einer Polytherapie acht Wochen für jedes Medikament; bei Barbituraten oder Benzodiazepinen langsamer) (Berg 1997). Ein extrem langsames Absetzen über neun Monate konnte im Vergleich zum Absetzen über sechs Wochen keine Vorteile erbringen (Tennison 1994).

Vor Beginn des Absetzens sollten nochmals eine genaue Anamneseerhebung (hat der Patient tatsächlich keine Anfälle – auch keine isolierten Auren, Absencen oder Myoklonien), ein EEG (prognostische Bedeutung; Ausschluss von (subklinischen) iktalen EEG-Veränderungen z.B. bei Absence-Epilepsien; Erstellen eines Ausgangsbefundes) und eine Serumspiegelbestimmung durchgeführt werden (bei vielen Patienten reicht – entgegen einem weit verbreiteten Irrglauben – auch ein subtherapeutischer Serumspiegel aus, um Anfallsfreiheit zu gewährleisten; im Falle eines Rezidivs hat man dann einen entsprechenden Richtwert).