

Erstmaliger epileptischer Anfall

British Medical Journal

Welche Untersuchungen sind nötig, wenn ein Kind oder Erwachsener erstmals krampft? Muss eine antikonvulsive Pharmakotherapie begonnen werden? Und wann ist der Patient wieder fahrtüchtig? Ein Team aus Neurologen und Kinderärzten greift diese wichtigen Fragen in einem Review-Artikel im «British Medical Journal» auf.

Ein neu aufgetretener epileptischer Krampfanfall kann erhebliche emotionale, soziale und berufliche Folgen haben. Prospektive, bevölkerungsbasierte Studien zeigen, dass das Lebenszeitrisiko eines einmaligen Krampfanfalls 8 bis 10 Prozent und einer Epilepsie 3 Prozent beträgt. Ein erstmalig aufgetretener Krampfanfall, der durch eine akute Störung der Hirnfunktion verursacht wurde (akuter symptomatischer Anfall), geht mit einem geringen Rezidivrisiko einher (3–10%). Handelt es sich dagegen um einen idiopathischen (nicht provozierten) Anfall, beträgt das Rezidivrisiko etwa 30 bis 50 Prozent.

Differenzialdiagnostisch sind von einem neu aufgetretenen Krampfanfall zahlreiche Krankheitsbilder abzugrenzen, insbesondere Synkopen, transiente ischämische Attacken, die metabolische Enzephalopathie (einschliesslich Hypoglykämie und Elektrolytstörung), komplexe Migräneformen, der Pavor nocturnus, Herzrhythmusstörungen und so weiter.

Viele Patienten, die erstmals einen dramatischen, generalisierten tonisch-klonischen Grand-Mal-Anfall erleben, haben vorher bereits einfache oder komplexe partielle Krampfanfälle gehabt, die unerkannt blieben. Der erste konvulsive Krampfanfall ist dann vielfach das erste erkannte Ereignis, das auf die Diagnose «Epilepsie» hinweist.

Merksätze

- Ein erstmaliger Krampfanfall erfordert eine individuelle Beratung über das Rezidivrisiko, die Vor- und Nachteile einer medikamentösen Therapie sowie über die Auswirkungen auf Alltagsaktivitäten.
- Viele Menschen mit einem «ersten» Krampfanfall haben bereits zuvor unerkannte Anfälle gehabt.
- Ein Krampfanfall kann oft schon anhand der Anamnese diagnostiziert werden, doch sollte rasch ein EEG erfolgen. Meist wird auch eine Kernspintomografie durchgeführt.
- Nach erfolgter Beratung entscheiden sich die meisten Patienten nach einem erstmaligen Krampfanfall gegen eine medikamentöse Therapie.

Rund 25 bis 30 Prozent der erstmaligen Krampfanfälle sind «akut symptomatisch» beziehungsweise durch eine Störung der Hirnfunktion provoziert. Zu den Provokationsfaktoren zählen zum Beispiel Fieber, Kopfverletzung, exzessiver Alkoholkonsum, Hypoglykämie, Elektrolytstörung, intrakranielle Blutung und ischämischer Schlaganfall.

Welche Untersuchungen sind erforderlich?

Die einzuleitenden diagnostischen Schritte hängen von den Umständen ab, unter denen der Krampfanfall aufgetreten ist. Zum Beispiel muss bei einem Kind mit insulinpflichtigem Diabetes eine Hypoglykämie ausgeschlossen werden, während bei einem Erwachsenen mit Fieber und Kopfschmerzen eine Lumbalpunktion erfolgen sollte, um eine Enzephalitis auszuschliessen. Neben der körperlichen Untersuchung und Bewertung der Krampfsymptomatik empfehlen die Autoren ein Standard-EEG möglichst innerhalb von 24 Stunden nach dem akuten Ereignis sowie ein Schlafentzug-EEG, falls das Standard-EEG negativ ausfällt. Darüber hinaus sollte möglichst eine Kernspintomografie des Kopfes erfolgen. Je nach klinischen Umständen müssen Laboruntersuchungen, ein Medikamenten- und/oder Drogen-Screening oder eine Lumbalpunktion durchgeführt werden.

Wie hoch ist das Rezidivrisiko?

Eine Metaanalyse kam zu dem Schluss, dass das Rezidivrisiko nach einem erstmaligen idiopathischen (nicht

Checkliste für den Erstbehandler

- Liegt wirklich ein erstmaliger Krampfanfall vor? Erheben Sie eine ausführliche Anamnese und führen Sie eine sorgfältige körperliche Untersuchung durch.
- Schliessen Sie mit Hilfe der Anamnese und laborchemischen Screening-Tests akute Provokationsfaktoren aus.
- Veranlassen Sie ein EEG und möglichst auch ein MRT.
- Besprechen Sie mit dem Patienten sein individuelles Rezidivrisiko und bedenken Sie die möglichen sozialen und psychologischen Folgen eines potenziellen Rezidivs.
- Diskutieren Sie mit dem Patienten, welche Freizeitaktivitäten erlaubt sind und besprechen Sie mit ihm, wann er wieder fahrtauglich ist.
- Informieren Sie Patienten nach einem idiopathischen erstmaligen Krampfanfall über eine mögliche antikonvulsive Behandlung. Meist ist keine Pharmakotherapie erforderlich.
- Ziehen Sie zur Abklärung eines Epilepsiesyndroms und für die Behandlung von Provokationsfaktoren einen Experten hinzu.

provozierten) Krampfanfall während der beiden folgenden Jahre 42 Prozent beträgt. Etwa 60 bis 70 Prozent der Rezidive treten innerhalb der ersten sechs Monate nach dem ersten Krampfanfall auf, danach nimmt das Rezidivrisiko exponentiell ab.

Muss der Patient seine Aktivitäten einschränken?

Freizeitaktivitäten sollten nach Ansicht der Autoren nach einem ersten idiopathischen, nicht behandelten Krampfanfall bei Kindern und Erwachsenen etwa zwei bis drei Monate eingeschränkt werden. So sind Sportarten wie Schwimmen, Klettern und Sporttauchen vermutlich riskanter als Skilanglauf, Langstreckenläufe oder Fussball. Berufstätige sollten mindestens sechs Monate lang keine gefährlichen Maschinen bedienen.

Ob Fahrtauglichkeit nach einem erstmaligen Krampfanfall besteht, hängt von verschiedenen Faktoren ab, und die Gesetzeslage ist in den verschiedenen Ländern recht unterschiedlich. Viele Neurologen sind der Ansicht, dass nichtprofessionelle Fahrer nach einem ersten idiopathischen Krampfanfall drei bis sechs Monate lang kein Kraftfahrzeug fahren sollten. Handelte es sich um einen akuten symptomatischen Krampfanfall, so dürften die meisten Betroffenen innerhalb von drei Monaten wieder fahrtüchtig sein. Für professionelle Fahrer mit einem idiopathischen Krampfanfall sollten strengere Einschränkungen gelten (z.B. mindestens zweijährige Anfallsfreiheit ohne Medikation).

Muss nach einem erstmaligen Krampfanfall medikamentös behandelt werden?

Mehrere Studien belegen, dass Antikonvulsiva Krampfrezidive zwar reduzieren, aber nicht eliminieren und

dass sie keinen Einfluss auf Langzeitremissionen haben. Bei der Überlegung, ob mit einer antikonvulsiven Pharmakotherapie begonnen werden soll, muss das Risiko eines Rezidivkrampfanfalls gegen die möglichen Nebenwirkungen durch die Medikation abgewogen werden. Eine medikamentöse Behandlung kann bei hohem Rezidivrisiko gerechtfertigt sein (z.B. bei fokaler struktureller Hirnläsion mit korrespondierender epileptiformer Aktivität im EEG), wenn das Verletzungsrisiko durch einen weiteren Krampfanfall sehr hoch wäre (z.B. bei Osteoporose) oder wenn ein Rezidiv zum Verlust des Arbeitsplatzes führen würde.

Geeignete Antikonvulsiva

Wird nach einem neu aufgetretenen Krampfanfall eine medikamentöse Therapie erwogen, sollte man sich für ein Antiepileptikum mit hoher Wirksamkeit und Sicherheit, guter Verträglichkeit und geringem Interaktionspotenzial entscheiden und mit einer geringeren Anfangsdosis beginnen. Phenytoin und Barbiturate sollten aufgrund ihrer neurotoxischen und kognitiven Nebenwirkungen vermieden werden.

Bei nachgewiesenem Epilepsiesyndrom kommen folgende Antiepileptika in Frage (in alphabetischer Reihenfolge, da keine vergleichenden Studien nach erstmaligem Krampfanfall vorliegen):

- Bei fokalen Krampfanfällen: Carbamazepin, Clobazam (besonders für Kinder), Gabapentin, Lamotrigin, Oxcarbazepin, Topiramamat, Valproinsäure
- Bei generalisierten Krampfanfällen: Lamotrigin, Topiramamat, Valproinsäure.

Falls bei einem Kind nach einem erstmaligen Krampfanfall eine medikamentöse Therapie mit einem Antikonvulsivum eingeleitet wird und ein Jahr lang Anfallsfreiheit bestand, ist eine weitere Therapie kaum gerechtfertigt – es sei denn, es liegt ein spezielles Epilepsiesyndrom vor, das eine langfristige medikamentöse Therapie erfordert.

Offizielle Richtlinien für die Dauer der antikonvulsiven Behandlung von Erwachsenen nach einem erstmaligen Krampfanfall existieren nicht. Falls mit einer antikonvulsiven Behandlung begonnen wird, empfehlen die Autoren eine Therapie, die mindestens ein Jahr dauert. Bei niedrigem Rezidivrisiko kann die Pharmakotherapie auch schon nach sechs anfallsfreien Monaten beendet werden. ■

Andrea Wülker

Quelle: Bernd Pohlmann-Eden (Bethel Epilepsie-Zentrum, Bethel, Deutschland) et al.: The first seizure and its management in adults and children. *British Medical Journal* 2006; 332: 339-342.

Interessenkonflikte: keine deklariert