

Österreichische Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie

Mitteilungen

Jahrgang 11, 1/2011

ISSN 1683-6936



Vorstand:

Christoph Baumgartner
(1. Vorsitzender)

Barbara Plecko-Starting
(2. Vorsitzende)

Martha Feucht
(3. Vorsitzende)

Susanne Pirker
(1. Sekretär)

Eugen Trinkla
(2. Sekretär)

Martin Graf
(Kassier)

Sekretariat der Gesellschaft:

Tanja Weinhart
Sekretariat Österreichische Sektion
der Internationalen Liga gegen
Epilepsie
A-1090 Wien, Garnisongasse 7/22
Tel.: 01/512 80 91-19
Fax: 01/512 80 91-80
E-Mail: oe_ilae@admicos.com

Redaktion:

M. Graf
Abteilung für Neurologie
SMZ-Ost – Donauespital
A-1220 Wien, Langobardenstraße 122
E-Mail: mcgraf@aon.at

E. Trinkla
Universitätsklinik für Neurologie
Christian-Doppler-Klinik/Paracelsus
Medizinische Privatuniversität
A-5020 Salzburg
Ignaz-Harrer-Straße 79
E-Mail: e.trinkla@salk.at

Homepage:

www.hcs.at/oe.sektion-ILAE

Verlag:

Krause & Pachernegg GmbH
A-3003 Gablitz, Mozartgasse 10

Druck:

Edelbacher Druck Ges.m.b.H.
A-1180 Wien, Eduardgasse 6–8

Inhalt

Editorial	1
Epilepsie, Schwangerschaft und Geburt – Was Neurologen, Gynäkologen und Kinderärzte wissen sollten	3
Nachruf Univ.-Prof. Dr. Dr. h. c. Gerhard Stricker-Barolin	6
Kongresskalender	2
Formular: Antrag für den Neuerwerb „Zertifikat Epileptologie Plus“ – Anmeldung zum mündlichen Fachgespräch	7
Formular: Antrag für das „Zertifikat Epileptologie Plus“ für InhaberInnen des „Zertifikats Epileptologie“ gemäß den Übergangsbestimmungen (gültig bis 31.12.2011)	8
Formular: Anmeldung zum Multiple Choice Test „Zertifikat Epileptologie Plus“	9
Formular: Beitrittserklärung zur Österreichischen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie	10
Pharma-News	11

Editorial

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!

In den vorliegenden Mitteilungen werden durch Herrn **Univ.-Prof. Dr. Gerhard Luef** aktuelle Aspekte zu Schwangerschaft und Geburt bei Patientinnen mit Epilepsie zusammengefasst. Hier haben sich durch die großen Schwangerschaftsregister in den vergangenen Jahren wertvolle Erkenntnisse ergeben, die eine rationale Beratung unserer Patientinnen ermöglichen. Es werden die wichtigen Fragen von Schwangerschaftskomplikationen bei Patientinnen mit Epilepsie, der Verlauf von Epilepsien während der Schwangerschaft (Anfallskontrolle), sowie die veränderte Disposition von Antiepileptika während der Schwangerschaft, die unter Umständen eine Dosiserhöhung von verschiedenen Substanzen in der Schwangerschaft erforderlich machen, zusammengefasst. Zudem werden das teratogene Risiko einer Antiepileptikatherapie während der Schwangerschaft erläutert und die Richtlinien zum Gebrauch von Valproat bei gebärfähigen Frauen zusammengefasst. Schließlich werden auch Fragen der Geburtsführung, der Folsäure- und Vitamin-K-Prophylaxe und des Stillens abgehandelt.

Im Rahmen der Mitgliederversammlung anlässlich der 7. Gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Liga gegen Epilepsie am 2. Juni 2011 in Graz wurde die Namensänderung unserer Gesellschaft in „Österreichische Gesellschaft für Epileptologie“ beschlossen, die einen zeitgemäßen Auftritt unserer Gesellschaft ermöglichen sollte.

Der Internetauftritt unserer Gesellschaft wurde in den vergangenen Monaten komplett überarbeitet, die neue Internetplattform wurde bereits ins Netz gestellt und wird ein benutzerfreundliches Medium für unsere Mitglieder darstellen (<http://www.ogfe.at>).



Zudem finden Sie eine Ankündigung für den **Ernst-Niedermeyer-Preis**, wir hoffen auf zahlreiche Einreichungen. Diese wichtige Auszeichnung unserer Gesellschaft soll der Förderung und Anerkennung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der österreichischen Epileptologie dienen. Die Preisverleihung wird im Rahmen des schon traditionellen Ernst-Niedermeyer-Symposiums am 26.11.2011 in Wien erfolgen.

Schließlich ist es meine traurige Pflicht, Sie über das Ableben von Herrn **Univ.-Prof. Dr. Dr. h. c. Gerhard Stricker-Barolin** zu informieren, der neben seinen großen Verdiensten in vielen Gebieten der Neurologie auch im Bereich der Epileptologie wesentliche Beiträge verfasst hat. Ein Nachruf wurde für die vorliegenden Mitteilungen dankenswerterweise von Herrn **Univ.-Prof. Dr. Gerhard Bauer** verfasst.

Univ.-Prof. Dr. Christoph Baumgartner

1. Vorsitzender der Österreichischen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie

Kongresskalender

2011

28. August–1. September 2011, Rom, Italien: 29th International Epilepsy Congress, <http://epilepsyrome2011.org>

10.–13. September 2011, Budapest, Ungarn: 15th Congress of the European Federation of Neurological Societies, <http://www.efns.org/15th-EFNS-Congress-Budapest-2011.286.0.html>

10.–15. September 2011, Quebec City, Kanada: 4th World Association of Sleep Medicine Congress, <http://www.wasm2011.org>

14.–17. September 2011, San Francisco, USA: AANEM 58th Annual Meeting, <http://www.aanem.org/Meetings.aspx>

15.–17. September 2011, Prien am Chiemsee, Deutschland: Tagung des Deutsch-Österreichisch-Schweizer Arbeitskreises Epilepsie, <http://www.oegn.at/mitglieder/uploads/DACH-AK-Ankuendigung2011.pdf>

18.–25. September 2011, Eilat Israel: 4th Eilat International Educational Course: Pharmacological Treatment of Epilepsy

12.–18. November 2011, Marrakesh, Marokko: 20th World Congress of Neurology, <http://www2.kenes.com/wcn/Pages/Home.aspx>

Datum steht noch nicht fest: München, Deutschland: 5th University of Munich Epilepsy Course, <http://www.munich-epi.de/index.html>

2012

29. Februar–3. März 2012, Liederhalle in Stuttgart, Deutschland: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie e. V. (Dgfe) (Deutsche Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie), <http://www.dgfe.info>

30. September–4. Oktober 2012, London, UK: 10th European Congress on Epileptology, <http://www.ogfe.at> • <http://www.epilepsylondon2012.org>

Datum steht noch nicht fest, Brüssel, Belgien: 10th European Paediatric Neurology Society Conference EPNS

2013

21.–26. September 2013, Wien: World Congress of Neurology 2013, <http://www.wfneurology.org>

Location pending: 30th World Congress on Clinical Neurophysiology

Epilepsie, Schwangerschaft und Geburt – Was Neurologen, Gynäkologen und Kinderärzte wissen sollten

G. Luef

Schwangerschaften bei Frauen mit Epilepsie gelten als Risikoschwangerschaften. Diese Einschätzung beruht hauptsächlich auf der Gefährdung des Kindes im Mutterleib. Schwangerschaften bei Frauen mit Epilepsie sind risikoreicher bezüglich Spontanaborte, Fehlbildungen und Frühgeburten. Ursache dafür sind zum einen Teil mögliche generalisierte tonisch-klonische Anfälle der Mutter während der Schwangerschaft. Abdominale Traumen sind mit einer fetalen Hypoxie und Azidose assoziiert und gefährden auch die plazentale Perfusion und können somit zu einer sekundären Schädigung des Kindes führen. Deshalb ist insbesondere in der Schwangerschaft eine optimale Anfallskontrolle anzustreben.

Darüber hinaus verlaufen Schwangerschaften bei Frauen mit Epilepsie weitgehend normal. Eine **Schwangerschaft oder die Geburt selbst haben im Allgemeinen keinen signifikanten Einfluss auf die Anfallsfrequenz**. Bei etwa der Hälfte der Frauen ändert sich die Anfallshäufigkeit während der Schwangerschaft nicht, bei je einem Viertel nimmt sie etwas zu oder ab. Eine Anfallszunahme kann mitunter daran liegen, dass die Schwangere aus Angst vor Fehlbildungen weniger oder gar keine Medikamente einnimmt. Die den Medikamenten beigelegten Medikamenteninformationen machen es diesbezüglich der Frau nicht leichter, sondern verursachen das Gegenteil: Angst.

Zahlreiche Studien haben jedoch schon gezeigt, dass eine intrauterine Valproat- (VPA-) Exposition mit einem erhöhten Risiko für große Fehlbildungen für das Ungeborene einhergeht. So war die Fehlbildungsrate nach VPA-Exposition im englischen und im amerikanischen Schwangerschaftsregister mit 6,1 % bzw. 10,7 % etwa 3-4-fach und statistisch signifikant gegenüber den Raten nach Lamotrigin- (LTG-) bzw. Carbamazepin- (CBZ-) Exposition erhöht. Neuere Untersuchungen deuten darüber hinaus darauf hin, dass VPA auch zu einer Intelligenzminderung des Kindes beitragen kann. Auch wenn die Daten zur kognitiven Teratogenität von VPA noch als vorläufig einzuschätzen sind, ergibt sich eine strenge Indikationsstellung für VPA bei Frauen im gebärfähigen Alter. Die Situation ist insbesondere dann schwierig, wenn Frauen unter VPA langjährig anfallsfrei waren und die Risiken einer Umstel-

lung gegen das teratogene Potenzial der Substanz abgewogen werden müssen.

Im europäischen Schwangerschaftsregister EURAP wurde die Anfallskontrolle in der Schwangerschaft bei verschiedenen Antiepileptika untersucht und verglichen. Dabei ergab sich die beste Anfallskontrolle für VPA. Während etwa 75 % der Frauen, die unter VPA schwanger geworden waren (mit verschiedenen Epilepsiesyndromen), in der Schwangerschaft komplett anfallsfrei waren, lagen die Vergleichsdaten für LTG und Oxcarbazepin (OXC) nur bei 45 % bzw. 50 %.

In 2 Registern wurde auch ein erhöhtes Risiko für orale Spaltbildungen unter Lamotrigin angegeben. Dies hat sich in anderen großen Serien allerdings nicht bestätigt. Unter insgesamt 3498 Schwangerschaften ist diese Fehlbildung mit insgesamt 12 Fällen (0,34 %) möglicherweise etwas häufiger als in der Allgemeinbevölkerung, insgesamt allerdings relativ selten. Aufgrund der komplizierten Pharmakokinetik von LTG mit einer Clearance-Steigerung um 250 % in der Schwangerschaft kann es zu Anfallsrezidiven kommen. Im australischen Schwangerschaftsregister wurden unter LTG häufiger Anfallsrezidive als unter VPA beobachtet. Die Stabilisierung einer Einstellung mit LTG in der Schwangerschaft kann schwierig und zeitaufwendig sein, weil häufig engmaschige Spiegelkontrollen und Dosisanpassungen notwendig sind. Es gibt keine klaren Richtlinien, wann bei anfallsfreien Patientinnen bei fallendem Spiegel nachdosiert werden sollte. Viele Epileptologen erwägen eine Dosisanpassung nach einer Spiegelreduktion um 30–50 %.

Die Erfahrungen mit Levetiracetam in der Schwangerschaft sind noch begrenzt. Im Rahmen von Kongressbeiträgen wurde bisher von 269 Schwangerschaften in Monotherapie berichtet. Dabei wurden 3 Fehlbildungen beschrieben (Pulmonalarterienstenose plus persistierendes Foramen ovale, Ventrikelseptumdefekt, Klumpfuß beidseits). Hieraus würde sich eine niedrige Fehlbildungsrate von 1,1 % ergeben. Auch bei LEV kann es in der Schwangerschaft zu möglicherweise relevanten Änderungen des Serumspiegels kommen, der nach einer kleinen Fallserie aus Schweden und Innsbruck bis auf 40 % der Ausgangskonzentration fallen kann.

Klar scheint heute zu sein, dass Monotherapie mit niedrigstem möglichem Serumspiegel vor Eintreten einer Schwangerschaft bei Frauen mit Epilepsie und Kinderwunsch angepeilt werden soll. Die mögliche Prophylaxe mit Folsäure ist nach wie vor nicht geklärt. Empfohlen werden je nach Richtlinien eine Verabreichung von zumindest 0,4 mg Folat und dies vor der Konzeption, so-

Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. Gerhard Luef, Leiter der Arbeitsgruppe Epileptologie der Medizinischen Universität Innsbruck, Leiter des Referates Genderfragen der Österreichischen Gesellschaft für Epileptologie (ÖGfE), National Coordinator des internationalen Schwangerschaftsregisters EURAP, Neurologische Abteilung, Universitätsklinik Innsbruck, Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck; E-Mail: Gerhard.Luef@i-med.ac.at

wie im ersten Trimenon. Unklar bleibt nach wie vor, ob höhere Dosen besser vor Fehlbildungen schützen.

Da Valproinsäure, trotz zahlreicher neuer Antikonvulsiva, das gefürchtetste Präparat für Frauen mit Epilepsie und Kinderwunsch bleibt, hat die „Deutsche Gesellschaft für Epileptologie“ (DGfE) eine Stellungnahme zum Umgang mit Valproat unlängst im Nervenarzt veröffentlicht.

Diese Empfehlungen können wir von der „Österreichischen Gesellschaft für Epileptologie“ (ÖGfE) zu 100 % übernehmen.

Empfehlungen der DGfE

Fokale Epilepsien

VPA ist für Frauen im gebärfähigen Alter nur als Reservepräparat bei Resistenz gegenüber anderen AED („anti-epileptic drugs“) der 1. und 2. Wahl zu empfehlen. Bei Frauen, die unter VPA anfallsfrei sind, sollte eine Umstellung kritisch geprüft werden.

Idiopathisch generalisierte Epilepsien

Ersteinstellung

VPA sollte nur in gut begründeten Fällen in der Ersteinstellung eingesetzt werden, wenn die klinische Notwendigkeit einer raschen und zuverlässigen Anfallskontrolle bei einer Patientin mit sicherem Empfängnischutz und ausreichendem Verständnis für das Therapierisiko besteht. Als Beispiel sei hier eine Patientin genannt, die während einer kritischen Phase ihrer Ausbildung an einer Epilepsie mit vielen Anfällen erkrankt ist und die Ausbildung eine komplette Anfallsfreiheit erfordert, z. B. eine Neuerkrankung bei einer jungen Frau, die sich in einer Ausbildung zur Krankenpflegerin oder Ärztin befindet.

Mit welcher Substanz eine Patientin mit IGE eingestellt wird, hängt auch von den Anfallsformen (LTG eher nicht bei prominenten myoklonischen Anfällen) und anderen Faktoren wie Gewicht, Kognition, Verhütungsmethode sowie psychiatrische Komorbidität ab.

Frauen, die unter VPA anfallsfrei sind

Bei Frauen, die unter VPA anfallsfrei sind und eine Schwangerschaft planen, muss eine sorgfältige Risikoabwägung unter Berücksichtigung der folgenden Gesichtspunkte erfolgen:

- Absetzprognose des Epilepsiesyndroms
- erforderliche VPA-Dosis
- psychosoziale Konsequenzen eines Anfallrezidivs
- Dringlichkeit der Schwangerschaftsplanung

Es ergeben sich dann die folgenden Optionen:

1. Fortsetzung der bewährten Medikation unter Inkaufnahme des teratogenen Risikos.
2. VPA-Reduktion bis unter 1000 mg/Tag bzw. bis zur Anfallsschwelle (elektroenzephalographisch oder klinisch), wobei gelegentliche Myklonien und Absenzen im Einzelfall toleriert werden können (CAVE: Fahrverbot!).

3. Umstellung auf LTG: Diese Option bietet sich insbesondere für Patientinnen an, die unter einer niedrigen VPA-Dosis anfallsfrei sind. Bei Frauen mit juveniler myoklonischer Epilepsie, die eine hohe VPA-Dosis benötigen, ist diese Umstellung mit einem hohen Anfallsrisiko assoziiert.

4. Umstellung auf LEV: Bei dieser Option kann mit der Patientin diskutiert werden, ob die konkrete Schwangerschaftsplanung aufgeschoben werden kann, bis mehr Daten vorliegen. LEV ist in der Monotherapie der IGE allerdings nicht zugelassen, und auch perspektivisch ist diese Zulassung nicht absehbar. Ärzte werden so zu einer Kombinationsbehandlung gezwungen, die allerdings mit einem höheren teratogenen Risiko einhergeht und deshalb nicht empfohlen werden kann. Manche Ärzte behelfen sich in dieser medizinisch irrationalen Zulassungssituation durch die Verordnung einer Pseudokombination, was streng genommen lediglich den methodischen Offenbarungseid der Zulassungsbehörden reflektiert. Eine Monotherapie mit LEV stellt somit einen Heilversuch dar, der einer sorgfältigen Risikoabwägung bedarf.

5. Umstellung auf TPM: Es gibt keine ausreichenden Daten, die zeigen, dass TPM nicht teratogen wirkt. Grundsätzlich können fehlende Daten nicht als Indikator für eine fehlende Teratogenität interpretiert werden.

Allgemeine Empfehlungen beim Einsatz von VPA

- VPA sollte so niedrig wie möglich dosiert, in einer retardierten Form eingesetzt und auf mehrere Tagesdosen verteilt werden. Die Teratogenität von VPA ist tierexperimentell mit Serumkonzentrationsspitzen korreliert.
- Kombinationen mit VPA (insbesondere LTG plus VPA) sollten bei therapeutischen Alternativen vermieden werden. Auch in der Kombination sollte die VPA-Dosis so niedrig wie möglich sein.
- Frauen, die VPA (oder ein anderes Antiepileptikum) einnehmen und eine Schwangerschaft planen (oder nicht sicher verhüten), sollten eine hoch dosierte (4–5 mg täglich) Folsäureprophylaxe einnehmen.
- Frauen, die unter VPA schwanger werden, gelten als Risikoschwangerschaft und sollten in einem entsprechenden Zentrum betreut werden. Es werden Ultraschallfeinuntersuchungen ab der 13. Schwangerschaftswoche empfohlen.
- Frauen, die sich für eine Umstellung entscheiden, sollten auch darüber aufgeklärt werden, dass eine Umstellung u. U. ein Jahr in Anspruch nehmen und häufig sogar länger dauern kann. In der klinischen Praxis passiert es nicht selten, dass Frauen trotz guter Aufklärung in der Umstellungsphase von VPA auf LTG oder einen anderen Wirkstoff schwanger werden und dann einem besonders hohen Fehlbildungsrisiko ausgesetzt sind (die Kombination VPA plus LTG ist mit einer Fehlbildungsrate > 10 % assoziiert).

Wenn es um Richtlinien für das Vorgehen vor und während der Schwangerschaft geht, scheint sich hier ein roter Faden zu zeigen, zumindest gibt es hier immer mehr Bemühungen, Klarheit zu schaffen. Zur Geburt selbst scheinen sogar die Geburtshelfer ratlos zu sein und holen sich gerne Hilfe bei ratlosen Neurologen.

Was ist bei der Entbindung zu beachten?

Zunächst sollte eine Geburt auf natürlichem Wege angestrebt werden. Nur bei kompliziertem Schwangerschaftsverlauf, nachgewiesener Fehlbildung des Kindes, arterio-venösen Malformationen der Mutter als Ursache für ihre Epilepsie, bei hoher Anfallshäufigkeit oder hochdosierter medikamentöser Einstellung kann ein Kaiserschnitt ratsam sein.

Die Sectiorate in der Normalbevölkerung ist jedoch in Mitteleuropa von 10 % auf 25 % gestiegen. Frauen wünschen sich nicht nur die Sectio, sondern auch ein bestimmtes Anästhesieverfahren. In der Anästhesie wird mit steigenden operativen Entbindungen, zunehmendem Durchschnittsalter und vermehrten Grunderkrankungen schwangerer Frauen gerechnet. So werden auch immer mehr Frauen mit Epilepsie den Wunsch einer Sectio und Spinalanalgesie (SPA) vorbringen, dies soll interdisziplinär exakt und sorgfältig abgeklärt und dokumentiert werden.

Die SPA hat den Vorteil des raschen Wirkeintritts und der einfachen Technik und eignet sich für dringliche Indikationen. Bei der Single-dose-SPA besteht jedoch keine Möglichkeit der intraoperativen Steuerbarkeit oder der postoperativen Schmerztherapie. Die Versagerrate ist geringer als bei der Epiduralanalgesie. Zur Sectio ist diese Methode heutzutage zumeist erste Wahl. Die Epiduralanalgesie (EDA) wird fast immer kontinuierlich als Kathedertechnik durchgeführt und hat den Vorteil der fraktionierten Gabe der Lokalanästhetika mit geringerem Blutdruckabfall infolge langsam eintretender Sympathikolyse. Die Qualität der Schmerzfürfreiheit bei der Sectio ist aber nicht optimal, folglich muss gelegentlich mit Opioiden oder Ketamin intravenös ergänzt werden. Eine kombinierte Spinal-Epidural-Analgesie (CSE) kombiniert die Vorteile der SPA und der EDA. Bei dieser aufwendigen Technik wird sehr wenig Lokalanästhetikum und/oder Opioid intrathekal verabreicht, mit dem epidural liegenden Katheder kann die Anästhesiedauer und auch die Ausbreitung gesteuert werden. Diese Technik wird gerne bei vaginaler Geburt eingesetzt, da eine Sympathikolyse nur selten und in geringem Ausmaß auftritt. Die Patientenzufriedenheit ist bei dieser Methode sehr hoch, potenzielle Nebenwirkungen und Komplikationen sind mit der EDA vergleichbar.

Nach wie vor besteht die Angst, dass bei Frauen mit Epilepsie durch Hypoventilation und leichte Hypoxämie epileptische Anfälle provoziert werden können. Parenterale Opiode wie Pirintramid dürfen verabreicht werden, die Gabe von Sauerstoff und das Monitoren der Sauerstoffsättigung sind dann aber erforderlich.

Um Stressreaktionen für Patientinnen zu minimieren, wird bei Frauen mit Epilepsie die Anlage einer frühzeitigen EDA empfohlen.

EDA zur vaginalen Geburt

Die Dosierung des Lokalanästhetikums soll in kleinen Schritten (3 ml) erfolgen, um hohe Plasmakonzentrationen zu vermeiden. Eine höhere Rate an fetaler Bradykardie nach Anlage einer EDA wird neuerdings diskutiert, exaktes fetales Monitoring ist deshalb indiziert.

Elektive Sectio caesarea

Es sollte eine Regionalanästhesie angestrebt werden, wobei die kontroversiellen Diskussionen bezüglich der anzuwendenden Anästhesiemethoden noch immer nicht abgeschlossen sind.

Allgemeinanästhesie

Interaktionen von Antiepileptika mit Muskelrelaxantien sind gehäuft. Es kommt zu stark verlängerter Wirkung der Relaxantien mit gefährlichem postoperativen „hang over“, erhöhtem Risiko einer insuffizienten Spontanatmung und Aspiration.

Vitamin-K-Prophylaxe

Die US-amerikanischen Richtlinien schreiben nach wie vor, dass bei Einnahme von Carbamazepin, Phenytoin oder Phenobarbital in den 4 Wochen vor der geplanten Entbindung täglich 10 mg Vitamin K (Konaktion) verabreicht werden sollen. Dies geschieht, um Gerinnungsproblemen vorzubeugen. Belegende Studien dafür gibt es jedoch nicht und es wird in unseren Breiten auch nicht so eingehalten. Da enzyminduzierende Antiepileptika jedoch während der Schwangerschaft in der Leber der Mutter unter anderem zu einem verstärkten Abbau von Vitamin K führen, kann ein Mangel zu Gerinnungsstörungen führen, die bei den Neugeborenen meist unmittelbar nach der Geburt zu Blutungen im Gehirn oder anderen Organen führen können. Deswegen wird auch bei uns empfohlen, den Neugeborenen entsprechend behandelter Mütter direkt nach der Geburt zusätzlich Vitamin K zu verabreichen.

Soll das neugeborene Kind gestillt werden?

Grundsätzlich wird zum Stillen geraten. Aber auch hier gibt es einige Dinge, die bekannt sein sollten.

Alle Medikamente gegen Epilepsie finden sich auch in der Muttermilch wieder. Bei den meisten Medikamenten ist die Konzentration in der Muttermilch jedoch gering und führt nicht zu Nebenwirkungen beim Kind. Bei Phenobarbital kann es zu einer „Sedierung“ des Kindes führen. Bei überhöhter Schläfrigkeit, Antriebsarmut oder Trinkschwäche des Säuglings sollte abgestillt werden. Die Datenlage zur kognitiven Teratogenität von Valproat muss weiter verfolgt werden. Derzeit gibt es noch keinen Anhalt, dass vom Stillen abgeraten werden muss.

Nachruf Univ.-Prof. Dr. Dr. h. c. Gerhard Stricker-Barolin

Prof. Dr. Barolin ist im März diesen Jahres verstorben. Die Österreichische Sektion der ILAE gedenkt seiner als eines Kliniklers und Forschers, der sich neben seiner ausgedehnten neuro-psychiatrischen Tätigkeit einfallsreich mit EEG und Epilepsien beschäftigt hat.

G. S. Barolin wurde am 25. Juli 1929 in Wien geboren. Nach seinem Studium hat er sich in Wien, Innsbruck, Graz, Marseille, Paris und Göttingen in Neurologie und Psychiatrie ausgebildet. Unter Prof. H. Reisner (Krankenhaus Rosenhügel, Wien; Universitätsklinik für Neurologie und Psychiatrie, Graz) wurde er habilitiert. Im Jahre 1973 wurde er vom Land Vorarlberg beauftragt, eine neurologische Abteilung aufzubauen. Er war 22 Jahre lang Vorstand dieser Institution.

Seine Interessensgebiete umfassten Migräne, vaskuläre ZNS-Erkrankungen, EEG, Epilepsien, Neurorehabilitation sowie Grenzgebiete zwischen Neurologie und Psychiatrie. Aus seinen Veröffentlichungen aus dem Bereich Epilepsie seien 2 Schwerpunkte herausgegriffen:

Barolin G. S. Migraine and Epilepsies – a Relationship? Epilepsia 1966; 7: 53–66. Diese häufig zitierte Arbeit analysierte kritisch die Beziehung der genannten Anfallskrankheiten und sollte immer wieder aufkommende Spekulationen über ätiologische Gemeinsamkeiten beenden.

Ein ausgiebiges Publikationsfeld befasst sich mit vaskulär bedingten Epilepsien. Gemeinsam mit E. Scherzer und G. Schnaberth entstanden *Epileptische Anfälle als Vorboten von Schlaganfällen. Fortschr Neurol Psychiat 1971; 39: 199–216* sowie die Monographie *Die zerebrovaskulär bedingten Anfälle. Verlag Hans Huber, Bern 1975.*

Die Einteilung in Präkursiv-Epilepsie, akut symptomatische Anfälle als Symptom eines Schlaganfalles und post-apoplektische Narbenepilepsie wurde an pathophysiologischer Präzision nachfolgend kaum erreicht, wenngleich häufig vergessen. Erst 2004 wurde die Idee der Präkursiv-Epilepsie als „Heraldic seizure“ [Seizure 2004; 13: 328–30] oder „Late-onset seizure of subsequent stroke“ [Lancet 2004; 363: 1184–6] ohne Zitierung Barolin'scher Arbeiten wiederentdeckt.

Sowohl fachlich als auch privat war G. S. Barolin eine Persönlichkeit mit vielen Facetten. Er beherrschte mehrere Sprachen, sang mit hoher Professionalität Wiener Lieder, war mehrfach Österreichischer Akademischer Meister im Schilau und organisierte deshalb die von ihm ausgerichteten Kongresse mit Vorliebe in Wintersportorten. Die legendären internationalen Alpinen EEG-Schi-Meetings sind ihm als Organisator, Vortragenden, Diskutant und Übersetzer historisch verpflichtet. Es sei nicht verschwiegen, dass seine rastlose und erfindungsreiche Tätigkeit nicht ohne Bruchlinien blieb.

Seine letzten Jahre waren schwierig. Nach seiner Pensionierung und vor allem nach einem Schlaganfall im Jahr 2000 vereinsamte er zunehmend und war beherrscht vom Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden. Die letzte Konsequenz entsprach seiner selbstbestimmten Persönlichkeit. Die Österreichische Sektion der ILAE gedenkt seiner mit Betroffenheit und Respekt.

Univ.-Prof. Dr. Gerhard Bauer
Neurologische Abteilung
Medizinische Universität Innsbruck

Antrag für den Neuerwerb „Zertifikat Epileptologie Plus“ Anmeldung zum mündlichen Fachgespräch



An die
Österreichische Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie
Garnisongasse 7/22
1090 Wien

Absender

Name: Vorname:

Abteilung:

Straße:

PLZ: Ort:

Telefon: Fax: E-Mail:

Voraussetzungen

- Ordentliche Mitgliedschaft bei der Österreichischen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie (*Überprüfung erfolgt durch das Sekretariat der Liga*).
- Erfolgreiche Ablegung der Multiple Choice Prüfung – Epileptologie Plus (*Überprüfung erfolgt durch das Sekretariat der Liga*).
- Nachweis der klinisch epileptologischen Tätigkeit für 6 Monate bzw. 12 Monate halbtags in einer Einrichtung mit spezieller Kenntnis auf dem Gebiet der Epileptologie. Zu solchen Einrichtungen zählen die von der Österreichischen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie anerkannten Epilepsieambulanzen für Kinder und/oder Erwachsene sowie Epilepsiezentren. Der Leiter der Klinik/Abteilung/Ambulanz muss im Besitz eines aktuellen „Zertifikats Epileptologie Plus“ sein.
Alternativ kann eine Tätigkeit von 8 Wochen (die fraktioniert abgeleistet werden kann) in einer vom Vorstand der Österreichischen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie autorisierten Epilepsieeinrichtung (deren Benennung auf Antrag der Einrichtung durch den Vorstand der Österreichischen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie erfolgt) anerkannt werden. Diese letztgenannte Ausnahmeregelung gilt nur für niedergelassene Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Kinder- und Jugendheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Neurochirurgie (*Bestätigung bitte beilegen*).
- Erfolgreiche Ablegung der EEG-Prüfung der Österreichischen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie (*Bestätigung bitte beilegen*).
- Abgeschlossene Facharztausbildung für Neurologie, Psychiatrie, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Kinder- und Jugendheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Neurochirurgie (*Facharztzeugnis bitte beilegen*).
- Nachweis von 20 Fortbildungspunkten aus dem Bereich Epileptologie in den letzten drei Jahren (*Teilnahmebestätigungen bitte beilegen*).

Bearbeitungs- und Prüfungsgebühr: € 110,00

Bankverbindung:

BTB 3 Banken Gruppe (BLZ 16300), Giro Konto: 130-167 586, IBAN AT931630000130167586, BIC BTVAAT22

Bei Erfüllung aller Formalien wird nach Eingang der Bearbeitungs- und Prüfungsgebühr der Termin für das Prüfungsgespräch mitgeteilt.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)



**Antrag für das „Zertifikat Epileptologie Plus“
für InhaberInnen des „Zertifikats Epileptologie“
gemäß den Übergangsbestimmungen
(gültig bis 31.12.2011)**



An die
Österreichische Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie
Garnisongasse 7/22
1090 Wien

Absender

Name: Vorname:

Abteilung:

Straße:

PLZ: Ort:

Telefon: Fax: E-Mail:

Voraussetzungen

- a) Ordentliche Mitgliedschaft bei der Österreichischen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie (*Überprüfung erfolgt durch das Sekretariat der Liga*).
- b) „Zertifikat Epileptologie“ der Österreichischen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie (*Überprüfung erfolgt durch das Sekretariat der Liga*).
- c) Nachweis von 10 Fortbildungspunkten aus dem Bereich Epileptologie in den letzten zwei Jahren (*Teilnahmebestätigungen bitte beilegen*).

Bearbeitungs- und Prüfungsgebühr: € 10,00

Bankverbindung:

BTV 3Banken Gruppe (BLZ 16300), Giro Konto: 130-167 586, IBAN AT931630000130167586, BIC BTVAAT22

Bei Erfüllung aller Formalien wird nach Eingang der Bearbeitungsgebühr das Zertifikat zugesendet.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)



Anmeldung zum Multiple Choice Test „Zertifikat Epileptologie Plus“



An die
Österreichische Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie
Garnisongasse 7/22
1090 Wien

Absender

Name: Vorname:

Abteilung:

Straße:

PLZ: Ort:

Telefon: Fax: E-Mail:

Voraussetzungen

- Ordentliche Mitgliedschaft bei der Österreichischen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie (*Überprüfung erfolgt durch das Sekretariat der Liga*).
- „Zertifikat Epileptologie“ der Österreichischen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie (*Überprüfung erfolgt durch das Sekretariat der Liga*).
- Nachweis von 10 Fortbildungspunkten aus dem Bereich Epileptologie in den letzten zwei Jahren (*Teilnahmebestätigungen bitte beilegen*).

Prüfungsgebühr: € 50,00

Bankverbindung:

BTB 3Banken Gruppe (BLZ 16300), Giro Konto: 130-167 586, IBAN AT931630000130167586, BIC BTVAAT22

Nach Eingang der Prüfungsgebühr wird der Termin für die Prüfung umgehend mitgeteilt.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Prüfungsinhalte für die Multiple Choice Prüfung „Zertifikat Epileptologie Plus“

- | | |
|--|---|
| – Pathophysiologie | – Klinische Diagnostik (Anamnese, Fremdanamnese und Befund) |
| – Epidemiologie | – EEG (interiktal, ikthal) |
| – Verlauf/Prognose/Absetzen der Medikation | – Bildgebung |
| – Klassifikation/Semiologie | – Psychiatrische Komorbidität, Lernbehinderung |
| – Differenzialdiagnose | – Soziale Aspekte |
| – Antikonvulsiva inkl. Nebenwirkungen | – Epilepsie und Schwangerschaft |
| – Therapiestrategien | – Epilepsiegenetik |
| – Chirurgische Therapie und Vagusnervstimulation | – Führerschein, Sport, Reisen |
| – Status epilepticus | – Pädiatrische Epileptologie |
| – Epilepsie im Alter | |



ÖSTERREICHISCHE SEKTION DER ILAE

1. Vorsitzender: Univ.-Prof. DI Dr. Christoph Baumgartner, Wien
2. Vorsitzende: Univ.-Prof. Dr. Barbara Plecko-Starting, Graz
3. Vorsitzende: Univ.-Prof. Dr. Martha Feucht, Wien
1. Sekretärin: Dr. Susanne Pirker, Wien
2. Sekretär: Univ.-Prof. Dr. Eugen Trinka, Salzburg
Kassier: Univ.-Doz. Dr. Martin Graf, Wien

An die
Österreichische Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie
Garnisongasse 7/22
A-1090 Wien

Beitrittserklärung zur Österreichischen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie

Vorname: Familienname:

Geburtsdatum: Titel:

Institution:

Adresse der Institution:

Private Adresse:

Bevorzugte Adresse für Nachrichten/Mitteilungen:

Adresse der Institution ☐

Private Adresse ☐

E-Mail ☐

Tel.-Nr.: Fax:

E-Mail-Adresse:

Unterschrift

Datum



VIMPAT® (LACOSAMID) – KOMBINATIONSPARTNER DER 1. WAHL, WENN MONOTHERAPIE IN DER EPILEPSIEBEHANDLUNG NICHT AUSREICHT

In einer Post-hoc-Analyse der gepoolten Daten der Zulassungsstudien von Vimpat® wurde die Wirksamkeit und Verträglichkeit von Vimpat® in Kombination mit „klassischen“ Na-Kanalblockern (Carbamazepin, Lamotrigin, Oxcarbazepin und Phenytoin) bzw. in Kombination mit Nicht-Na-Kanalblockern (u.a. Levetiracetam) untersucht.

Die Ergebnisse weisen auf eine starke Wirksamkeit und gute Verträglichkeit von Vimpat® in Kombination mit anderen Antiepileptika unabhängig von deren Wirkmechanismus hin [1], wobei in der Gruppe der Nicht-Na-Kanalblocker beeindruckende Responderraten von über 60 % erreicht wurden.

Die Vorteile von VIMPAT®

- Starke Wirksamkeit und gute Verträglichkeit von Vimpat® in Kombination mit anderen Antiepileptika unabhängig von deren Wirkmechanismus [1]
- Signifikante zusätzliche Anfallskontrolle in Kombination mit Antiepileptika der 1. und 2. Generation [1]
- Hervorragende Retentionsraten [2]
- Keine klinisch relevanten Wechselwirkungen [3]

Vimpat® ist seit 2008 zur Zusatzbehandlung fokaler Anfälle mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei Epilepsie-



patienten ab 16 Jahren in Österreich zugelassen und steht in mehreren Darreichungsformen zur Verfügung: als Tablette zu 50 mg, 100 mg, 150 mg und 200 mg, als Sirup (15 mg/ml) sowie als Infusionslösung (10 mg/ml) für Patienten, bei denen die orale Verabreichung nicht möglich ist.

Literatur:

1. Sake JK et al. CNS Drugs 2010; 24: 1055–68.
2. Cross SA et al. Drugs 2009; 69: 449–59.
3. VIMPAT® Fachinformation, Stand Februar 2011.

Weitere Information:

UCB Pharma GmbH

Albin Egger

A-1110 Wien

Geiselbergstraße 17–19

E-Mail: albin.egger@ucb.com

Fachkurzinformation zu dieser Seite und zum Inserat auf der letzten Umschlagseite

1. Sake JK et al. CNS Drugs 2010; 24 (12): 1055–1068. 2. Cross SA et al. Drugs 2009; 69 (4): 449–459. 3. Vimpat® Summary of Product Characteristics, February 2009.

ATC-Code: N03 AX18 Vimpat® 50 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg Filmtabletten, Vimpat® 15 mg/ml Sirup, Vimpat® 10 mg/ml Infusionslösung. **Zusammensetzung:** Eine Filmtablette enthält 50 mg/100 mg/150 mg/200 mg Lacosamid. **Sonstige Bestandteile:** *Tablettenkern:* Mikrokristalline Cellulose, Hyprolose (5,0–16,0 % Hydroxypropoxy-Gruppen), Hochdisperses Siliciumdioxid, Croscopovidon, Magnesiumstearat. *Tablettenüberzug:* Poly(vinylalkohol), Macrogol 3350, Talkum, Titandioxid (E171), Eisen(III)-oxid (E172), Eisen(II, III)-oxid (E172), Eisen(III)-hydroxid-oxid × H₂O (E172) Indigocarmin-Aluminiumsalz (E132). Jeder ml Sirup enthält 15 mg Lacosamid. **Sonstige Bestandteile:** Glycerol (E422), Carmellose-Natrium, Sorbitol-Lösung 70 % (E420), Macrogol 4000, Natriumchlorid, Citronensäure, Acesulfam-Kalium (E950), Natriummethyl-4-hydroxybenzoat (E219), Erdbeer-Aroma (enthält Propylenglycol, 3-Hydroxy-2-methyl-4H-pyran-4-on), Geschmackskorrigens (enthält Propylenglycol, Aspartam [E 951], Acesulfam-Kalium [E 950], 3-Hydroxy-2-methyl-4H-pyran-4-on, gereinigtes Wasser). Jeder ml Infusionslösung enthält 10 mg Lacosamid. **Sonstige Bestandteile:** Wasser für Injektionszwecke, Natriumchlorid, Salzsäure (zur Einstellung des pH-Werts). **Anwendungsgebiete:** Vimpat ist indiziert zur Zusatzbehandlung fokaler Anfälle mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei Epilepsiepatienten ab 16 Jahren. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Bekannter atrioventrikulärer (AV)-Block 2. oder 3. Grades. **Name und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmens:** UCB Pharma Ges.m.b.H., 1110 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig. **Weitere Angaben zu Dosierung, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Anwendung in der Schwangerschaft und Stillzeit, Gewöhnungseffekten und besonderen Warnhinweisen zur sicheren Anwendung entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.**

Stand der Information: Februar 2011

Leben mit Epilepsie kann viel mehr sein
als nur die Zeit zwischen den Anfällen

gelbe
BOX

VIMPAT® – Kombinationspartner der 1. Wahl, wenn die Monotherapie nicht ausreicht

- ◆ Neue Post-hoc-Analyse weist auf starke Wirksamkeit und gute Verträglichkeit von VIMPAT® in Kombination mit anderen Antiepileptika unabhängig von deren Wirkmechanismus hin¹
- ◆ Signifikante zusätzliche Anfallskontrolle in Kombination mit Antiepileptika der 1. und 2. Generation¹
- ◆ Hervorragende Retentionsraten²
- ◆ Keine klinisch relevanten Wechselwirkungen³

VIMPAT® ist indiziert zur Zusatzbehandlung fokaler Anfälle mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei Epilepsiepatienten ab 16 Jahren.

Fachkurzinformation siehe Seite 11


VIMPAT®
Lacosamid



Vertrauen durch zusätzliche Anfallskontrolle