Journal für
Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

Trends und Perspektiven in der Neurologie: Pharmakotherapie der Epilepsie

Baumgartner C, Pirker S

Journal für Neurologie Neurochirurgie und Psychiatrie

2014; 15 (1), 4-5

Homepage:

www.kup.at/ JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21 Preis: EUR 10,–

teva

Häufig Migräne?

Führen Sie ein Migränetagebuch und sprechen Sie mit Ihrem Neurologen.

Für das Migränetagebuch

Scan mich!

KOPF KLAR

AJO-AT-00429

Pharmakotherapie der Epilepsie

Die Pharmakotherapie der Epilepsie hat in den vergangenen Jahren durch die Einführung neuer Substanzen und die Zulassungserweiterung bereits verfügbarer Antiepileptika eine Bereicherung und Neuorientierung erfahren. Neben der antiepileptischen Wirksamkeit wurden auch Verträglichkeit, Langzeiteffekte und pharmakokinetische Eigenschaften als zunehmend wichtig für die Wahl des Antiepileptikums erkannt.

Initiale Therapie fokaler Epilepsien

Für die initiale Therapie von fokalen Epilepsien sind mittlerweile – in alphabetischer Reihenfolge – Carbamazepin, Gabapentin, Lamotrigin, Levetiracetam, Oxcarbazepin, Phenytoin, Topiramat, Valproat und Zonisamid zugelassen, wobei die genannten Substanzen eine vergleichbare antikonvulsive Wirksamkeit zeigen (Ausnahmen: Gabapentin ist weniger wirksam als Carbamazepin; Pregabalin ist weniger wirksam als Lamotrogin). Hinsichtlich der Nebenwirkungsrate waren die neueren Antiepileptika in den meisten Fällen besser verträglich als nichtretardiertes Carbamazepin, wobei in rezenten Studien kein signifikanter Vorteil in der Verträglichkeit von Levetiracetam und Zonisamid gegenüber retardiertem Carbamazepin gefunden werden konnte. Ein entscheidender Vorteil der neueren Substanzen ist allerdings die Pharmakokinetik mit fehlender Enzyminduktion. Entsprechend den aktuellen Leitlinien der Deutschen und Österreichischen Gesellschaften für Neurologie sollten deshalb Lamotrigin und Levetiracetam für die initiale Therapie von fokalen Epilepsien im Erwachsenenalter bevorzugt werden.

Altersepilepsie

Für die Altersepilepsie sind Lamotrigin, Levetiracetam und Gabapentin Mittel der ersten Wahl.

Generalisierte und unklassifizierbare Epilepsien

Bei generalisierten und unklassifizierbaren Epilepsien ist Valproat nach wie vor das Mittel der ersten Wahl. Valproat ist hier wirksamer als Lamotrigin und besser verträglich als Topiramat. Valproat zeigte einen geringen Wirksamkeitsvorteil gegenüber Levetiracetam bei vergleichbarer Verträglichkeit, wobei die Studienabbruchrate vergleichbar war. Die hohe Effektivität von Valproat wird allerdings durch die Nebenwirkungen (Gewichtszunahme, polyzystisches Ovarsyndrom, teratogenes Potenzial, negative Auswirkungen auf die kognitive Entwicklung von Kindern, die während der Schwangerschaft gegenüber Valproat exponiert wurden) relativiert, sodass Valproat – insbesondere bei Frauen im gebärfähigen Alter – zurückhaltend eingesetzt werden sollte.

Univ.-Prof. DI Dr. Christoph Baumgartner

Genetische Epilepsiesyndrome

Für die 4 wichtigen genetischen Epilepsiesyndrome (Absence-Epilepsie des Schulalters, juvenile Absence-Epilepsie, juvenile myoklonische Epilepsie und Aufwach-Grand-mal-Epilepsie) ist ebenfalls Valproat mit den genannten Einschränkungen das Mittel der ersten Wahl. Lamotrigin ist eine Alternative bei der Absence-Epilepsie des Schulalters und bei der juvenilen Absence-Epilepsie. Bei Patienten mit Absence-Epilepsie des Schulalters mit isolierten Absencen ist Ethosuximid zu bevorzugen (Ethosuximid und Valproat waren wirksamer als Lamotrigin, Ethosuximid ist besser verträglich als Valproat – Aufmerksamkeitsstörungen treten unter Ethosuximid signifikant seltener auf als unter Valproat). Bei der juvenilen myoklonischen Epilepsie und der Aufwach-Grand-mal-Epilepsie sind Lamotrigin, Topiramat, Levetiracetam und Zonisamid mögliche Alternativen zu Valproat, wobei Lamotrigin myoklonische Anfälle auslösen und verschlechtern kann.

Lennox-Gastaut-Syndrom

Das Lennox-Gastaut-Syndrom erweist sich in 80–95 % der Fälle als therapieresistent. Therapeutische Optionen umfassen Valproat, Lamotrigin, Topiramat, Levetiracetam, Zonisamid, Felbamat und Rufinamid.

Was tun bei Versagen der initialen Monotherapie?

Falls mit der initialen Monotherapie keine befriedigende Anfallskontrolle erreicht werden kann oder nicht tolerierbare Nebenwirkungen bestehen, sollte überlappend auf eine Monotherapie mit einem anderen Antiepileptikum (sequenzielle Monotherapie) oder auf eine Kombinationstherapie umgestellt werden. Bei Versagen der ersten Monotherapie kann bei ca. 20–30 % aller bzw. bei 40–60 % der zunächst nicht anfallsfreien Patienten durch nachfolgende Therapieversuche (sequenzielle Monotherapie oder Kombinationstherapie) Anfallsfreiheit erreicht werden. Die Kombination von Antiepileptika sollte nach einem rationalen Konzept erfolgen (rationale Kombinationstherapie). Hier sind die folgenden Aspekte zu berücksichtigen: antiepileptische Wirksamkeit, Nebenwirkungen, pharmakokinetische Interaktionen, pharmakodynamische Interaktionen und unterschiedliche Wirkmechanismen der kombinierten Medikamente.

For personal use only. Not to be reproduced without permission of Krause & Pachernegg GmbH.

Gründe für unbefriedigende Anfallskontrolle

Wenn mit der genannten Strategie keine befriedigende Anfallskontrolle erreicht werden kann, sollte man die möglichen Gründe für eine unbefriedigende Anfallskontrolle systematisch analysieren: (1) Der Patient leidet nicht an einer Epilepsie, sondern an nichtepileptischen Anfällen. (2) Der Behandlungsversuch war nicht informativ bzw. aussagekräftig. (3) Es bestehen Probleme bei der Lebensführung und bei der Adhärenz. (4) Der Patient leidet an einer therapieresistenten Epilepsie. Wenn mit 2 vertragenen, geeignet und angemessen angewendeten Antiepileptika-Therapieplänen (als Mono- oder Kombinationstherapie) keine anhaltende Anfallsfreiheit erzielt werden konnte, liegt definitionsgemäß eine therapieresistente Epilepsie vor.

Vorgehen bei therapieresistenter Epilepsie

In diesem Fall bestehen für das weitere Vorgehen folgende Möglichkeiten: (1) Im Falle einer fokalen Epilepsie: Durchführung einer prächirurgischen Epilepsiediagnostik mit der Frage nach der Möglichkeit eines epilepsiechirurgischen Eingriffs. (2) Falls ein epilepsiechirurgischer Eingriff nicht möglich ist, Diskussion von palliativen Neurostimulationsverfahren wie Vagus-Nerv-Stimulation, tiefe Hirnstimulation (Stimulation des Nucleus anterior thalami) oder responsive Hirnstimulation. (3) Jedenfalls weitere Optimierung der medikamentösen Therapie zur Verbesserung von Anfallskontrolle und Verträglichkeit. Auch bei therapieresistenten Patienten kann durch eine Optimierung der Pharmakotherapie in 4–20 % eine länger dauernde Anfallsfreiheit erzielt werden.

Univ.-Prof. DI Dr. Christoph Baumgartner
Editor Neurologie

Univ.-Lektorin OÄ Dr. Susanne Pirker

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere

zeitschriftenübergreifende Datenbank

☑ **Bilddatenbank** ☑ **Artikeldatenbank** ☑ **Fallberichte**

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☑ **Bestellung e-Journal-Abo**

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum **Disclaimers & Copyright** **Datenschutzerklärung**