

Österreichische Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie

Mitteilungen

**Vorstand:**

Martha Feucht
(1. Vorsitzende)

Christoph Baumgartner
(2. Vorsitzender)

Bruno Mamoli
(3. Vorsitzender)

Eugen Trinka
(1. Sekretär)

Barbara Plecko
(2. Sekretärin)

Martin Graf
(Kassier)

Sekretariat der Gesellschaft:

p.A. Univ.-Klinik für Neurologie
Währinger Gürtel 18–20

A-1090 Wien

Sekretärin:

Frau Ch. Adler

Tel.: 01/40 400–37 28

Fax: 01/40 400–31 41

E-Mail:

oe.sektion-ILAE@meduniwien.ac.at

Redaktion:

M. Graf

Abteilung für Neurologie

SMZ-Ost – Donauspital

A-1220 Wien

Langobardenstraße 122

E-Mail: mcgraf@aon.at

E. Trinka

Univ.-Klinik f. Neurologie

A-6020 Innsbruck, Anichstraße 35

Homepage:

www.medicalnet.at/oe.sektion-ILAE

Verlag:

Krause & Pachernegg GmbH,

A-3003 Gablitz,

Mozartgasse 10

Druck: Floramedia Austria,

Missindorfstraße 21,

A-1140 Wien

Baumgartner C, Feucht M

Editorial

Mitteilungen der Österreichischen Sektion der Internationalen Liga
gegen Epilepsie 2010; 10 (1), 1-2

Homepage:

www.kup.at/ilae

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Österreichische Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie

Mitteilungen

Jahrgang 10, 1/2010

ISSN 1683-6936



Vorstand:

Christoph Baumgartner
(1. Vorsitzender)

Barbara Plecko-Starting
(2. Vorsitzende)

Martha Feucht
(3. Vorsitzende)

Michael Feichtinger
(1. Sekretär)

Eugen Trinka
(2. Sekretär)

Martin Graf
(Kassier)

Sekretariat der Gesellschaft:

Tanja Weinhart
Sekretariat Österreichische Sektion
der Internationalen Liga gegen
Epilepsie
A-1090 Wien, Garnisonsgasse 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. Trinka
Universitätsklinik für Neurologie
Christian-Doppler-Klinik/Paracelsus
Medizinische Privatuniversität
A-5020 Salzburg
Ignaz-Harrer-Straße 79
E-Mail: e.trinka@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
Revidierte Terminologie und Konzepte zur Einteilung von epileptischen Anfällen und Epilepsien: Bericht der Klassifikations- und Terminologiekommission der Internationalen Liga gegen Epilepsie, 2005–2009	3
Kongresskalender	15
Pharma-News	17

Editorial zur revidierten Terminologie und zu den neuen Konzepten zur Einteilung von epileptischen Anfällen und Epilepsien der Klassifikations- und Terminologiekommission der Internationalen Liga gegen Epilepsie

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen!

Die Klassifikations- und Terminologiekommission der Internationalen Liga gegen Epilepsie hat kürzlich einen revidierten Vorschlag zur Einteilung epileptischer Anfälle und Epilepsien vorgelegt [1], der bereits in deutscher Übersetzung verfügbar ist [2] und im vorliegenden Mitteilungsheft der Österreichischen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie vorgestellt wird.

Die wesentlichen Änderungen zu den bisherigen Klassifikationen von epileptischen Anfällen [3] und Epilepsien [4] lassen sich wie folgt zusammenfassen:

In der **Klassifikation der epileptischen Anfälle** werden weiterhin generalisierte und fokale Anfälle unterschieden: Während generalisierte Anfälle ihren Ausgang von bilateral verteilten Netzwerken nehmen, entstehen fokale Anfälle in Netzwerken, die auf eine Hemisphäre beschränkt sind (entweder umschrieben oder ausgedehnt). Neonatale Anfälle als eigene Entität wurden gestrichen, da sie entsprechend der vorliegenden Klassifikation ausreichend charakterisiert werden können. Epileptische Spasmen, deren Zuordnung zu generalisierten und fokalen Anfällen unklar ist, wurden als eigene Gruppe in die Klassifikation aufgenommen. Die Klassifikation der generalisierten Anfälle wurde überarbeitet: Die Subklassifikation der Absenzen wurde vereinfacht, myoklonisch-atonische Anfälle wurden neu als Kategorie aufgenommen. Bei den fokalen Anfällen erfolgt keine weitere Unterteilung, insbesondere die Unterscheidung von fokalen Anfällen mit einfacher und komplexer Symptomatik abhängig vom Auftreten einer Bewusstseinsstörung wurde fallengelassen. Die Anfälle sollten vielmehr entsprechend ihrem klinischen Erscheinungsbild beschrieben werden, wobei hier das Glossar der ictalen Semiologie zu Hilfe genommen werden kann [5].

In der **Klassifikation der Epilepsien** wurde die Unterscheidung von fokalen und generalisierten Epilepsien fallen gelassen. Bei der **Ätiologie** wird nunmehr zwischen den folgenden Kategorien unterschieden: (1) Genetisch (Epilepsien mit bekanntem Gendefekt oder Evidenz für eine zentrale Bedeutung einer genetischen Komponente), (2) strukturell/metabolisch (z. B. Schlaganfall, Trauma, Infektion), (3) unbekannte Ursache (die Art der zugrunde liegenden Ursache konnte bislang nicht aufgeklärt werden). Die **Klassifikation der Epilepsien** erfolgt in (1) Elektroklinische Syndrome (klinische Entitäten, die durch Cluster elektroklinischer Merkmale verlässlich identifiziert werden können), (2) Konstellationen (Krankheitsentitäten, die auf der Basis spezifischer Läsionen oder anderer Ursachen

klinisch unterscheidbare Konstellationen darstellen), (3) Strukturelle/metabolische Epilepsien (Epilepsien aufgrund spezifischer struktureller oder metabolischer Läsionen oder Zustände; bisher wurden viele dieser Epilepsien als symptomatische fokale Epilepsien zusammengefasst; es wird explizit empfohlen, weniger Gewicht auf die Lokalisation als auf die zugrunde liegenden strukturellen und metabolischen Ursachen zu legen), (4) Epilepsien unbekannter Ursache (entsprechend den früher als kryptogen bezeichneten Epilepsien).

Zudem können in die Klassifikation eines Epilepsiesyndroms (und jedes individuellen) Patienten auch **andere Merkmale** eingehen, die oft routinemäßiger Bestandteil der Abklärung sind. Diese beinhalten die kognitive und entwicklungsbezogene Vorgeschichte und deren entsprechende Folgen, die Ergebnisse der neurologischen, neuropsychologischen und psychiatrischen Untersuchung, detaillierte Merkmale des ictalen und interiktalen EEGs, strukturelle Bildgebungsbefunde, provozierende oder Triggerfaktoren, zeitliche Muster des Auftretens von Anfällen in Bezug auf den Schlaf, das Manifestationsalter, die Assoziation mit spezifischen Fehlbildungstypen der kortikalen Entwicklung sowie spezifische Ursachen wie z. B. Ionenkanalkrankheiten, wobei innerhalb dieser Kategorie nach spezifischen Ionenkanalgenen klassifiziert werden könnte, wie es z. B. für das lange QT-Syndrom erfolgt ist.

Der **natürliche Verlauf bzw. die natürliche Entwicklung** der Erkrankung erhält in der neuen Klassifikation einen zentralen Stellenwert. Insbesondere wird das Konzept der epileptischen Enzephalopathie wieder eingeführt. Darunter werden kognitive und Verhaltensstörungen als Folgen epileptischer Aktivität verstanden, unabhängig davon bzw. zusätzlich zu dem, was man schon alleine wegen der zugrunde liegenden Pathologie (z. B. kortikale Malformation) erwarten würde. Dies beinhaltet auch die Vorstellung, dass eine Unterbindung der epileptischen Aktivität zu einer Verbesserung der Kognition und des Verhaltens führen kann. Die Bezeichnung katastrophal sollte aufgrund der damit verbundenen starken emotionalen Untertöne nicht mehr verwendet werden. Ebenso wird der Begriff benigne nicht mehr empfohlen, da damit über eine Vielzahl von zerebralen Störungen einschließlich kognitiver, verhaltensmäßiger und psychiatrischer Erkrankungen hinweggetäuscht wird. Stattdessen wird der beschreibende Ausdruck selbstlimitierend für die hohe Wahrscheinlichkeit einer spontanen Remission in einem bestimmten Alter vorgeschlagen. Bei den bisher als idiopathisch bezeichneten Syndromen neigen die meisten Patienten dazu, auf Medikamente anzusprechen, sodass diese als pharmakoresponsiv bezeichnet werden könnten.

Letztlich wollen die Autoren die Klassifikation als flexiblen, multidimensionalen Katalog essenzieller Schlüsselmerkmale für die Entwicklung von Antiepileptika, die klinische und Grundlagenforschung sowie für die klinische Praxis verstanden wissen.

Die neue Klassifikation hat bereits eine intensive und kontroverielle Diskussion hervorgerufen [6–11]. Die Anwendbarkeit in der täglichen klinischen Praxis sowie das Verständnis und die Akzeptanz außerhalb epileptologischer Fachkreise z. B. in der allgemeinen Neurologie bleiben abzuwarten.

Literatur:

1. Berg AT, Berkovic SF, Brodie MJ, Buchhalter J, Cross JH, van Emde Boas W, Engel J, French J, Glauser TA, Mathern GW, Moshe SL, Nordli D, Plouin P, Scheffer IE. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005–2009. *Epilepsia* 2010; 51: 676–85.
2. Berg AT, Berkovic SF, Brodie MJ, Buchhalter J, Cross JH, van Emde Boas W, Engel J, French J, Glauser TA, Mathern GW, Moshe SL, Nordli D, Plouin P, Scheffer IE. Revidierte Terminologie und Konzepte zur Einteilung von epileptischen Anfällen und Epilepsien: Bericht der Klassifikations- und Terminologiekommission der Internationalen Liga gegen Epilepsie, 2005–2009. *Akt Neurol* 2010; 37: 120–30.
3. Commission on Classification and Terminology of the International League against Epilepsy. Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia* 1981; 22: 489–501.
4. Commission on Classification and Terminology of the International League against Epilepsy. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia* 1989; 30: 389–9.
5. Blume WT, Luders HO, Mizrahi E, Tassinari C, van Emde Boas W, Engel J, Jr. Glossary of descriptive terminology for ictal semiology: report of the ILAE task force on classification and terminology. *Epilepsia* 2001; 42: 1212–8.
6. Avanzini G. A sound conceptual framework for an epilepsy classification is still lacking. *Epilepsia* 2010; 51: 720–2.
7. Ferrie CD. Terminology and organization of seizures and epilepsies: radical changes not justified by new evidence. *Epilepsia* 2010; 51: 713–4.
8. Fisher RS. What is a classification essay? *Epilepsia* 2010; 51: 714–5.
9. Guerrini R. Classification concepts and terminology: is clinical description assertive and laboratory testing objective? *Epilepsia* 2010; 51: 718–20.
10. Shinnar S. The new ILAE classification. *Epilepsia* 2010; 51: 715–7.
11. Krämer G. Schon wieder eine neue Klassifikation und Nomenklatur epileptischer Anfälle und Epilepsien? *Akt Neurol* 2010; 37: 119.

Univ.-Prof. Dr. Christoph Baumgartner
1. Vorsitzender der Österr. Sektion der ILAE

Univ.-Prof. Dr. Martha Feucht
3. Vorsitzende der Österr. Sektion der ILAE

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](#)