
Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie

AWMF-Leitlinien-Register

Nr. 030/041

Entwicklungsstufe:

1

Erstmaliger epileptischer Anfall

Definition:

Erstmaliger fokaler oder generalisierter epileptischer Anfall, basierend auf einer paroxysmalen, transitorischen regional begrenzten oder generalisierten, cerebralen Hyperexzitabilität.

Klinische Diagnosekriterien:

Diese richten sich nach Anamnese und Fremdanamnese.

Vom Patienten und/oder einem Augenzeugen des Anfalls sind zu erfragen:

1. Die direkte Anfallsschilderung (jeweils Art, Dauer und Reihenfolge der Phänomene erfragen):

Prodromi, Aura, Ausmaß der Bewusstseinsstörung, Amnesie, sensorische, motorische oder autonome Entäußerungen, dabei betroffene Körperregionen, postiktale Zeichen wie Lähmungen, Sprachstörungen, Desorientiertheit, Anfallsdauer, Anfallsbegleitzeichen wie: lateraler Zungenbiss, Einnässen oder Einkoten, Verletzungen, Muskelkater oder petechiale Blutungen (King et al 2000).

Hinweis: Es müssen sorgfältig "kleine" stereotype vorausseilende Ereignisse in der längeren Vorgeschichte erfragt werden (in diesem Fall liegt dann bereits eine Epilepsie vor), da häufig der erst angegebene Anfall ein Grand Mal oder ein anderer mehr eindrucklicher Anfall ist.

2. Übrige anfallsrelevante Anamnese insbesondere Provokationsmechanismen

Typische Provokationsmechanismen sind: Schlafentzug, Alkoholexzesse oder -entzug, Drogenkonsum,

Medikamentennebenwirkung, Exposition gegenüber toxischen Substanzen, Computerspiele. Ferner erfragen: Tageszeit des Auftretens, Gehirnerkrankungen in der Vorgeschichte, Epilepsie in der Familie, internistische Erkrankung mit Gehirnaffektion (Niere, Leber, Schilddrüse, metabolische Erkrankungen insbesondere Hypoglykämie).

Diagnostik

Notwendig sind die Erhebung eines klinisch-neurologischen und psychiatrischen Befundes, Computertomographie oder besser Kernspintomographie des Kopfes sowie eines EEGs (Shinnar et al 2001, Neufeld et al 2000). Bei Verdacht auf eine symptomatische Genese des Anfalls sind optional erforderlich: Analyse des Liquor cerebro spinalis, laborchemische Untersuchungen (Blutbild, harnpflichtige Substanzen, Lebertransaminasen, spezifische Untersuchungen bei Verdacht auf metabolische Syndrome), Drogen- und Medikamentenscreening.

Eine stationäre Abklärung ist bei Umdämmerung des Patienten, neurologischen oder psychiatrischen Auffälligkeiten notwendig. Anderenfalls kann die Abklärung zunächst ambulant erfolgen.

Differentialdiagnosen

Häufig sind: Kardiovaskuläre Synkopen, Psychogene (dissoziative) Anfälle, Transitorisch-ischämische Attacken, Im Kindesalter: respiratorische Affektkrämpfe, Pavor nocturnus

Selten sind: Narkolepsie-/Kataplexie-Syndrom, Migräne, drop-attacks

Therapie:

Diese besteht aus 1. der Beratung über die zu erwartende Prognose durch das Anfallsereignis und die zu Grunde liegende Erkrankung, 2. der Indikationsstellung zur antiepileptischen Therapie und ggf. deren Einleitung.

1. Beratung:

Insofern sich das Anfallsereignis als zweifelsfrei epileptisch einordnen lässt, soll zunächst eine symptomatische Genese ausgeschlossen werden. Es folgt eine ausführliche Beratung über die Natur des Anfalls, mögliche Vermeidung von Anfällen (ausreichend Schlaf, Reduktion von Alkoholkonsum, Weglassen von anfallsbegünstigender Medikation, Vermeidung spezifischer Auslöser bei Reflexepilepsien) und Vorsichtsmaßnahmen (Vermeidung gefährlicher Situationen in Freizeit und am Arbeitsplatz sowie Kraftfahrtauglichkeit). Bei Fehlen eines klaren Provokationsmechanismus ist die Wahrscheinlichkeit des Anfallsrezidivs mit ca. 40% innerhalb von 3 Jahren anzugeben, wobei über 50% der Anfallsrezidive sich innerhalb der ersten 6 Monate manifestieren (Lindsten et al 2000, McDonald et al 2000, Pohlmann-Eden und Bruckmeier 1997, Pohlmann-Eden und Schreiner 1998, Sidenvall et al 2001).

2. Indikation zur medikamentösen Behandlung

Bei einem ersten epileptischen Anfall muss nicht antikonvulsiv behandelt werden. Die Indikationsstellung zur antikonvulsiven Behandlung ist vielschichtig und bindet medizinische Kriterien, wie auch die Bedürfnisse des Patienten mit ein. Der Patient sollte darüber informiert werden, dass die verfügbaren Antiepileptika zwar geeignet sind, Anfälle zu unterdrücken, dass diese aber aller Wahrscheinlichkeit

nach nicht die Langzeitprognose verändern, dh. nicht anti-epileptogen sind. Für eine unmittelbare antikonvulsive Behandlung nach dem ersten Anfall sprechen : Die Diagnose eines epileptischen Syndroms mit hoher Rezidivwahrscheinlichkeit; große oder multiple intracerebrale Läsionen, hohe Frequenz epileptiformer Potentiale im EEG, positive Familienanamnese für Epilepsie, psychosoziale Exponiertheit des Patienten, subjektives Sicherheitsbedürfnis (Pohlmann-Eden 2001).

3. Antikonvulsive Therapie

Wird die Indikation zur antikonvulsiven Therapie gestellt, so soll zunächst auf ein Antikonvulsivum der ersten Wahl in einer mittleren Dosierung eingestellt werden (Kwan und Brodie 2001). Handelt es sich um eine Epilepsie fokalen Ursprungs so sind:

Carbamazepin (200-1200 mg/d)(↑), Oxcarbazepin (300-1800 mg/d)(↑↑), Lamotrigin (100-300 mg/d) (↑↑), Topiramat (50-200mg/d) (↑↑), Valproinsäure (600-1500 mg/d) (↑) und Gabapentin (900-2400 mg/d) (↑) Mittel der ersten Wahl (Dosierungen gelten für den normalgewichtigen Erwachsenen). Ihre Auswahl richtet sich nach individualspezifischen Kriterien.

Handelt es sich um eine idiopathisch generalisierte Epilepsie, so sind, in dieser Reihenfolge, Valproinsäure (↑), Lamotrigin (↑) und Topiramat (↑) Mittel der ersten Wahl. Bei Unverträglichkeit oder Kontraindikation kann Phenobarbital (50-200 mg/d) verwendet werden.

Die antikonvulsive Therapie ist zunächst für 6-12 Monate durchgeführt werden, wenn der Anfall auf eine akute symptomatische Genese, die ausgeheilt oder abgeklungen ist, zurückzuführen war, als auch bei ungeklärter Ätiologie und Normalbefunden in der klinisch-neurologischen Untersuchung, Kernspintomographie/Computertomographie und EEG. Bei Hinweisen auf Erstmanifestation eines epileptischen Syndroms mit hoher Rezidivwahrscheinlichkeit soll zumindest 24 Monate antikonvulsiv behandelt werden.

Literatur

1. King MA, Newton MR, Jackson MD, Fitt GJ et al. Epileptology of the first seizure presentation. *The Lancet* 1998; 352: 1007-1011
2. Kwan P, Brodie MJ. Effectiveness of first antiepileptic drug. *Epilepsia* 2001; 42:1255-60
3. Lindsten H, Nystrom L, Forsgren L. Mortality risk in an adult cohort with a newly diagnosed unprovoked epileptic seizure: a population-based study. *Epilepsia* 2000;41:1469-73.
4. Mac Donald BK, Johnson AI, Goodridge DM, Cockerell OC, Sander JW, Shorvon SD. Factors predicting prognosis of epilepsy after presentation with seizures. *Ann Neurol* 2000;48:833-41
5. Neufeld MY, Chistik V, Vishne TH, Korczyn AD. The diagnostic aid of routine EEG findings in patients presenting with a presumed first-ever unprovoked seizure. *Epilepsy Res* 2000;42:197-202.
6. Pohlmann-Eden B, Bruckmeir J. Predictors and dynamics of posttraumatic epilepsy. *Acta Neurol Scand* 1997;95:257-62
7. Pohlmann-Eden B, Schreiner A. Epileptology of the first-seizure presentation. *Lancet Dec* 1998;352:1855-6
8. Pohlmann-Eden, B. Erster epileptischer Anfall im Erwachsenenalter - Überblick zu einem kontroversen Thema. *Aktuelle Neurologie* 2001; 28:333-339
9. Shinnar S, O`Dell C, Mitnick R, Berg AT, Moshe SL. Neuroimaging abnormalities in children with an apparent first unprovoked seizure. *Epilepsy Res* 2001;43:261-9.

10. Sidenvall R, Heijbel J, Blomquist HK, Nystrom L, Forsgren L. An incident case-control study of first unprovoked afebrile seizures in children: a population-based study of pre- and perinatal risk factors. *Epilepsia* 2001;42:1261-5.
-

Verfahren zur Konsensbildung:

Expertengruppe:

Prof. Dr. med. A. Hufnagel, Neurologische Universitätsklinik Essen, Hufelandstr. 55, 45122 Essen

Prof. Dr. med. H. Stefan, Neurologische Univ.-Klinik Erlangen/Nürnberg, Schwabachanlage 6, 91054 Erlangen

Prof. Dr. med. B. J. Steinhoff, Epilepsiezentrum Kork, Landstr. 1, 77694 Kehl-Kork

Prof. Dr. med. B. Pohlmann-Eden, Neurology and Electroencephalography, Toronto Western Hospital, University of Toronto, 5W - 443, 399 Bathurst St, Toronto, ON, M5T 2S8, Kanada

Federführend:

Prof. Dr. A. Hufnagel, Neurologische Universitätsklinik Essen, Hufelandstr. 55. 45122 Essen, e-mail: a.hufnagel@uni-essen.de

Bearbeitet durch die **Kommission Leitlinien** der DGN: P. Berlit, Essen; H.C. Diener, Essen (Vorsitzender); W. Hacke, Heidelberg, A. Hufnagel, Essen; U. Meier, Grevenbroich; W.H. Oertel, Marburg; H. Prange, Göttingen; H. Reichmann, Dresden; P. Rieckmann, Würzburg; C-W. Wallesch, Magdeburg; M. Weller, Tübingen und den Vorstand der DGN.

Symbole zur wissenschaftlichen "Evidenz" der Empfehlung zur Diagnostik oder Therapie

↑↑ Aussage zur Wirksamkeit wird gestützt durch mehrere adäquate, valide klinische Studien (z.B. randomisierte klinische Studien) bzw. durch eine oder mehrere valide Metaanalysen oder systematische Reviews. Positive Aussage gut belegt.

↑ Aussage zur Wirksamkeit wird gestützt durch zumindest eine adäquate, valide klinische Studie (z.B. randomisierte klinische Studie). Positive Aussage belegt.

↓↓ Negative Aussage zur Wirksamkeit wird gestützt durch eine oder mehrere adäquate, valide klinische Studien (z.B. randomisierte klinische Studie), durch eine oder mehrere Metaanalysen bzw. systematische Reviews. Negative Aussage gut belegt.

↔ Es liegen keine sicheren Studienergebnisse vor, die eine günstige oder ungünstige Wirkung belegen. Dies kann bedingt sein durch das Fehlen adäquater Studien, aber auch durch das Vorliegen mehrerer, aber widersprüchlicher Studienergebnisse.

Erstellungsdatum:

30. Juni 2002

Letzte Überarbeitung:

Nächste Überprüfung geplant:

XXXXXXXXXX Beachte [Präambel](#) zu den Leitlinien Neurologie XXXXXXXXXXXX

Zurück zum [Index Leitlinien der Dt. Ges. für Neurologie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - **insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung** übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: 30. Juni 2002

© Deutsche Gesellschaft für Neurologie

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 28.09.2004; 10:26:57