

Medikamentöse Behandlung von Patienten

Medikamente zur Epilepsiebehandlung (Antikonvulsiva) werden eingesetzt

- zur Beendigung langanhaltender epileptischer Anfälle ("Status epilepticus"),
- zum Schutz vor dem Auftreten von Anfällen.

Die meisten epileptischen Anfälle dauern weniger als 3 Minuten; eine Anfallsunterbrechung ist durch eine akute Medikamentengabe weder möglich noch erforderlich. Zur Beendigung langanhaltender Anfälle werden Medikamente mit schnellem Wirkungseintritt bevorzugt (z.B. Benzodiazepine wie Lorazepam (Tavor) oder Diazepam (Valium), in zweiter Linie andere intravenös applizierbare Substanzen (Phenytoin, Valproat, Levetiracetam und Lacosamid).

In aller Regel wird eine Epilepsie jedoch in Form einer Dauerprophylaxe behandelt. Durch die regelmäßige Einnahme von Medikamenten kann bei ca. 70 % aller Epilepsiepatienten ein wirksamer Schutz vor Anfällen erreicht werden (Anfallsfreiheit). Die Auswahl der am besten geeigneten Antikonvulsiva setzt eine korrekte Diagnose der bestehenden Epilepsieform voraus. Voraussetzungen für eine Wirksamkeit sind eine Behandlung in ausreichend hoher Dosierung und eine regelmäßige Einnahme. Die Wahl des Medikamentes erfolgt im Einzelfall unter besonderer Berücksichtigung Nebenwirkungsprofiles. Neue Antikonvulsiva der zweiten Generation haben hierbei die Möglichkeiten wesentlich erweitert.

Bevorzugt wird in der Regel zunächst eine Behandlung mit nur einem Präparat (Monotherapie). Wenn diese nicht ausreichend wirksam ist, kann durch die Kombination zweier Wirkstoffe oftmals ein besserer Effekt als mit jeder einzelnen Substanz erreicht werden. Medikamentöse Neueinstellungen können in den meisten Fällen ambulant vorgenommen werden, in schwierigen Situationen kann ein stationärer Aufenthalt vorteilhaft sein.

In der [Epilepsieambulanz](#) des Neurozentrums sind auch neueste Medikamentenentwicklungen verfügbar, die zum Teil in Form von Studien eingesetzt werden. Für nähere Informationen hierzu können Sie sich an das [Ambulanzsekretariat](#) wenden.

Wenn mehrere medikamentöse Behandlungen auch in der maximal verträglichen Dosis nicht erfolgreich waren (Pharmakoresistenz), so können andere Therapieverfahren in den Vordergrund treten ([operative Epilepsiebehandlung](#), [Vagusnervstimulation](#), bei Kindern auch die [ketogene Diät](#)).

Prof. Dr. A. Schulze-Bonhage

Neuere Publikationen des Epilepsiezentrums zur Pharmakotherapie von Epilepsien:

1. Schulze-Bonhage A. Epilepsien und ihr medikamentöse Behandlung. Med Monatsschr Pharm. 2010; 33: 207-214
2. Carius A, Schulze-Bonhage A: Umstellungen zwischen Lamotrigin-Präparaten bei Epilepsiepatienten Nervenarzt 2010M 81: 423-434
3. Schulze-Bonhage A. Zonisamide in the treatment of epilepsy. Expert Opinion in Pharmacotherapy 2010; 11: 115-126
4. Uthman BM, Bazil CW, Beydoun A, Schulze-Bonhage A, Benabou R, Whalen E, Emir B, Griesing T, Leon T: Long-term add-on pregabalin treatment in patients with partial-onset epilepsy: Pooled analysis of open-label clinical trials. Epilepsia, 2010; 51 [epub before print]
5. Schulze-Bonhage A, Hefft S, Oehl B. Termination of complex partial status epilepticus by intravenous levetiracetam. J Neurol Neurosurg Psychiatry 80: 931-933 (2009)
6. Altenmüller DM, Kühn A, Surges R, Schulze-Bonhage A. Termination of absence status epilepticus by low-dose intravenous levetiracetam. Epilepsia 49:1289-1290 (2008)
7. Gomer B, Wagner K, Frings L, Saar J, Carius A, Harle M, Steinhoff BJ, Schulze-Bonhage A: The influence of antiepileptic drugs on cognition: A comparison of levetiracetam with topiramate. Epilepsy Behav 10: 486-494 (2007)

