

Clinical Pathway – Erstmaliger epileptischer Anfall					
<p>V.a. epileptischer Anfall:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anfallsbeschreibung: <ul style="list-style-type: none"> ○ Prodromi/Aura ○ Bewusstseinsstörung ○ Amnesie ○ Motorische/sensorische/autonome Entäußerungen ○ Dauer ○ Zungenbiss ○ Urin-/Stuhlabgang ○ Verletzungen ○ Postiktale Symptome: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dämmerzustand ○ Muskelkater ○ Petechiale Blutungen ○ Provokationsmomente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Schlafentzug ○ Alkoholentzug ○ Medikamente/Drogen ○ Hypoglykämie ○ Disponierende Faktoren: <ul style="list-style-type: none"> ○ Schädelhirntrauma oder andere Hirnerkrankung in der Anamnese ○ Familiäre Belastung <p>Differenzialdiagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Psychogener Anfall ○ Konvulsive Synkope ○ REM-Schlaf-Verhaltensstörung 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kein Hinweis auf symptomatische Genese: <ul style="list-style-type: none"> ○ Keine postiktalen Auffälligkeiten ○ Kein V.a. symptomatischen Anfall 	<p>▶ Ambulante Abklärung</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Neurologischer Status ▶ EEG ▶ MRT mit KM ▶ Ggf. CCT (Notfallsituation, Nachweis von Blutungen, Verkalkungen) ▶ CK-Bestimmung ▶ Prolaktinbestimmung bei entsprechender Erfahrung 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Epileptischer Anfall selbst beobachtet oder eindeutig fremdanamnestisch berichtet 	<p>Diagnostische Entscheidung</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hinweise auf symptomatische Genese: <ul style="list-style-type: none"> ○ Anhaltende Bewusstseinstörung ○ Anhaltende psychische Auffälligkeiten ○ Fokale Ausfälle 	<p>▶ Stationäre Aufnahme</p>		<ul style="list-style-type: none"> ○ Keine eindeutige Diagnose aufgrund von Anamnese und EEG möglich 	

Diagnostische Entscheidung	<ul style="list-style-type: none"> ○ Epileptischer Anfall: <ul style="list-style-type: none"> ○ Eindeutige Anamnese ○ Epilepsietypische Veränderungen im EEG ○ Potenziell epileptogene morphologische Veränderungen in der Bildgebung 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ätiologische Abklärung <ul style="list-style-type: none"> ▶ MRT (ggf. Komplettierung) ▶ Screening auf antineuronale Antikörper (falls Bildgebung nicht diagnoseweisend) ▶ Beratung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anfallsprovozierende Faktoren (Schlafentzug, Alkohol, Medikamente) ▪ Vorsichtsmaßnahmen (Aufenthalt an absturzgefährdeten Stellen, Schwimmen) ▪ Rezidivwahrscheinlichkeit ▪ Möglichkeit der antikonvulsiven Therapie ▪ Fahrtauglichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Indikation zur medikamentösen Behandlung bei erstmaligem Anfall: <ul style="list-style-type: none"> ○ Epileptisches Syndrom mit hoher Rezidivwahrscheinlichkeit ○ Zerebrale Läsion(en) als vermutlicher Anfallsauslöser ○ Hohe Frequenz epileptiformer Potenziale im EEG ○ Positive Familienanamnese für Epilepsie ○ Psychosoziale Exponiertheit des Patienten ○ Wunsch nach Wiedererlangung der Fahrtauglichkeit nach 1 Jahr ○ Subjektives Sicherheitsbedürfnis 	<p>Mittel der 1. Wahl bei fokaler bzw. sekundär generalisierter Epilepsie (fett = bevorzugt): **</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ CBZ ▶ GBP ▶ LEV* ▶ LTG* ▶ OXC ▶ PHT ▶ TPM ▶ VPAVPA* ▶ ZNS <p><i>Auswahl nach Verträglichkeit bzw. Nebenwirkungs-Spektrum</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Keine ausreichenden Hinweise für epileptischen Anfall 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Abklärung der DD: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Konvulsive Synkope ▪ Sonstige Synkope ▪ Psychogener Anfall 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ggf. Beratung über Fahrtauglichkeit 	<p>Mittel der 1. Wahl bei idiopathischer Epilepsie, nach Relation Wirksamkeit/Nebenwirkungen (fett = bevorzugt):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ VPA* ▶ LTG, TPM, <p>Nicht indiziert bei idiopathischer Epilepsie: CBZ, GBP, OXC, PHT, VGB</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▶ Beratung zur Lebensführung: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Regelmäßiger Schlafrythmus (v.a. bei idiopathischen Epilepsien) ▶ Meiden potenziell gefährdender Situationen (Baden, Rauchen im Bett) ▶ Meiden beruflicher Gefährdungssituationen ▶ Meiden anamnestisch identifizierter oder individuell anfallsauslösender Situationen und Reize ▶ Regelmäßige Einnahme der Antikonvulsiva 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kriterium für Behandlung nach dem 2. oder 3. Anfall: <ul style="list-style-type: none"> ○ Keine Hinweise auf chronische Epilepsie ○ Keine Kriterien für Behandlung nach dem 1. Anfall 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Medikamentöse Ersttherapie: Monotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Idiopathische Epilepsie mit Absencen ohne GM 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 1. Wahl: VPA* oder ESM ▶ 2. Wahl: LTG 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Persistenz von Absencen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ LTG oder ▶ VPA* + ESM oder ▶ VPA* + LTG 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Persistenz von Anfällen 	<p><i>Möglichkeiten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Vereinfachung der Therapie (2-fach oder Monotherapie) ▶ Vagusnerv-stimulator 			
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kriterien für medikamentöse Behandlung nach erstem Anfall: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hinweise auf idiopathische Epilepsie ○ Bekannte mutmaßlich epileptogene zerebrale Läsion ○ Fokale epilepsie-typische Potenziale im interiktalen EEG ○ Nachweis antineuronaler Ak ○ Behandlungs- 		<ul style="list-style-type: none"> ○ Idiopathische Epilepsie mit generalisierten tonisch-klonischen Anfällen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 1. Wahl: VPA* ▶ 2. Wahl: LTG, TPM ▶ 3. Wahl: PB, PRM 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Persistenz von generalisier-ten tonisch-klonischen Anfällen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ VPA* + LTG oder ▶ LTG oder ▶ LTG + CLB oder ▶ LEV oder ▶ TPM 			<ul style="list-style-type: none"> ○ Persistenz von myoklonisch-impulsiven Anfällen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ VPA* + CLB oder ▶ LEV oder ▶ PB oder ▶ PRM ▶ TPM 	<ul style="list-style-type: none"> oder ▶ LEV (Monotherapie)
			<ul style="list-style-type: none"> ○ Idiopathische Epilepsie mit fokalen Anfällen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sultiam ▶ VPA* ▶ (CBZ) ▶ (LEV) 	<ul style="list-style-type: none"> □ Weiter wie bei symptomatischer Epilepsie 						
			<ul style="list-style-type: none"> ○ Symptomatische oder kryptogene fokale Epilepsie ** 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ CBZ oder ▶ ESC oder ▶ GBP oder ▶ LCM oder ▶ LEV oder ▶ LTG # oder ▶ OXC oder ▶ PB / PRM oder ▶ PER oder ▶ PGB oder ▶ PHT oder ▶ RET oder ▶ TPM oder ▶ VPA* oder ▶ ZNS 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Persistenz von Anfällen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Zweite Monotherapie (ggf. auch mehrfach wiederholen) oder ▶ Kombinationstherapie mit einem der links genannten Medikamente 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Persistenz von Anfällen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Überprüfung der Diagnose: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychogene Anfälle ▪ Weitere DD ▶ Spezialklinik: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Video-EEG ▶ Operabilität klären ▶ Vagusnerv-stimulator 			

	wunsch seitens des Patienten		○ Progressive Myoklonus-epilepsie	▶ LEV oder ▶ Piracetam oder ▶ VPA*	○ Persistenz von Anfällen	▶ Zweite Monotherapie oder ▶ Kombination mit ▶ CLB oder ▶ LTG	○ Persistenz von Anfällen	▶ LEV ▶ Vagusnerv-stimulator
			○ Reflexepilepsie	▶ VPA*	○ Persistenz von Anfällen	▶ CLB oder ▶ LTG		
			○ Unklassifizierbare Anfälle	▶ LEV ▶ LTG ▶ TPM ▶ VPA*	○ Persistenz von Anfällen	▶ Monotherapie-wechsel oder ▶ Kombination (linke Medikamenten-reihe + CBZ, OXC)	○ Persistenz von Anfällen	▶ Alle Medikamente, auch in Kombination oder ▶ Vagusnerv-stimulator
			○ Kriterien für Verzicht auf Behandlung: ○ Sehr seltene Anfälle (< 1-2/J) ○ Wenig belastende Anfälle ○ Wenig Compliance zu erwarten (Alkoholiker) ○ Behandlung vom Patienten nicht gewünscht					

*VPA soll bei Frauen und Mädchen erst dann eingesetzt werden, wenn Alternativen diskutiert und abgelehnt wurden (schriftliche Zustimmung), siehe „Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AKDAE): Rote-Hand-Brief zu Arzneimitteln, die Valproat und -verwandte Substanzen enthalten: Risiko für Anomalien des Neugeborenen (38-2014) vom 12.12.2014“ sowie Tomson et al., Epilepsia 2013, 405–414.

**Die Auswahl der Medikamente in der Ersttherapie basiert auf den Nebenwirkungen und Interaktionspotentialen der jeweiligen Substanz, individuelle angepasst an den Patienten.

Monotherapiezulassung beachten