

## Epilepsiemangement bei Frauen

**Valproat bleibt Antiepileptikum der 1. Wahl**

Die Epilepsieerkrankung, der Hormonhaushalt der Frau und die antiepileptische Therapie stehen in einem Dreieck: Forscherkenntnisse belegen, dass sich eine Epilepsieerkrankung direkt auf den Hormonstatus auswirken kann. Umgekehrt können aber auch Hormonschwankungen Auslöser für einen Anfall sein. Schließlich beeinflussen enzyminduzierende Antiepileptika bestimmte Hormonspiegel. Im Rahmen eines Satellitensymposiums auf der diesjährigen Jahrestagung der Deutschen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie in Heringsdorf wurde über medikamentöse Therapien berichtet, die der Lebenssituation und dem jeweiligen hormonellen bzw. gynäkologischen Status einer Patientin am besten gerecht werden. Im Mittelpunkt stand dabei die Frage nach dem Stellenwert von Valproat – einem Antiepileptikum der 1. Wahl, insbesondere zur Behandlung generalisierter Anfälle.

B.A.  
1715  
19.7.2000  
ZB MED

Bei 24- bis 40-jährigen Frauen mit Epilepsie wird eine statistisch signifikant geringere Anzahl an Geburten registriert. Man geht davon aus, dass hierzu neben psychosozialen Faktoren auch biologische fertilitätsmindernde Ursachen beitragen: Verschiedene Studien belegen, dass eine Epilepsieerkrankung durch Ausbreitung der interiktalen epileptischen Aktivität Störungen des Menstruationszyklus induziert. Seit einiger Zeit wird jedoch auch der mögliche Einfluss von Antiepileptika auf die endokrinen Funktionen untersucht. Im Blickpunkt steht dabei insbesondere der mögliche Einfluss von Antiepileptika auf die Entstehung eines **polyzystischen Ovariensyndroms (PCOS)**, einer polyätiologischen chronischen Störung des Menstruationszyklus.

Die namensgebenden **polyzystischen Ovarien (PCO)** sind, wie **Priv.-Doz. Dr. Jürgen Bauer**, Universitätsklinik für Epileptologie Bonn, erklärte, strukturelle Veränderungen, die sich in der Regel während der Pubertät entwickeln und die sich nach Ansicht von Gynäkologen bis zum Abschluss des 20. Lebensjahres manifestiert haben (Polson, pers. Mitteilung). Wie Bauer ausführte, ist die Entwicklung polyzystischer Ovarien irreversibel: „Hat eine Frau nach der Pubertät polyzystische

Ovarien, so werden sie diese ihr Leben lang begleiten“. Im vaginalen sowie transabdominalen Ultraschall präsentieren sich polyzystische Ovarien als gehäufte Anzahl (>10 pro Ultraschallebene) kleiner, bis zu 8 mm großer Follikel, die peripher lokalisiert und von einem verdickten Stroma umgeben sind. Die allgemeine Prävalenz von PCO beträgt 20% der weiblichen Bevölkerung. Der isolierte Nachweis polyzystischer Ovarien gilt jedoch als klinisch nicht relevant, betonte Bauer. Es ist daher wichtig, den isolierten Befund polyzystischer Ovarien von einem PCO-Syndrom abzugrenzen, bei dem es sich um eine hyperandrogen bedingte, chronische Störung des Menstruationszyklus auf dem Boden von PCO handelt.

Eine bis heute gültige Definition des PCO-Syndroms wurde 1992 in einer Konsensuskonferenz festgelegt (Tab. 1). Zur Diagnose gehört demnach der Nachweis einer chronischen Zyklusstörung verbunden mit dem Ultraschallbefund polyzystischer Ovarien oder einem Nachweis erhöhter Androgen-Serumkonzentrationen. In der Literatur finden sich für die Häufigkeit des PCO-Syndroms sehr unterschiedliche Angaben, sie liegen zwischen 4 und 26%. Möglicherweise wurde aufgrund unklarer Diagnosekriterien die Prävalenz des PCO-Syndroms in vielen Studien überschätzt. Eine neuere, 1998 veröffentlichte Studie in den USA fand bei Diagnose gemäß der o. g. Definition eine Prävalenz von 4% (Knochenhauser et al., 1998).

Tab. 1 Neben obligaten Befunden (fett) tragen verschiedene fakultative Befunde zur Diagnose eines PCO-Syndroms bei (nach Bauer, 2000).

Klinische Symptome	Morphologisch/ endokrinologisch/metabolische Befunde
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Oligo-/Amenorrhö</b></li> <li>● <b>Zyklusunregelmäßigkeiten</b></li> <li>● Verminderte Fertilität</li> <li>● Hirsutismus und/oder Alopezie</li> <li>● Akne</li> <li>● Übergewicht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Polyzystische Ovarien</b></li> <li>● Erhöhte LH-Serumkonzentration</li> <li>● <b>Erhöhte Androgen-Serumkonzentration</b> (Testosteron, Androstenedion, Dehydroepiandrosteronsulfat)</li> <li>● Abnorme Lipidprofile</li> <li>● Insulinresistenz, Hyperinsulinismus</li> </ul>

