

**ZB MED**

## Therapierefraktäre Epilepsie Kombinieren – aber mit dem richtigen Partner!

Weniger als die Hälfte aller Patienten mit Epilepsie werden durch eine initiale Monotherapie anfallsfrei. Bei vielen epilepsiekranken Menschen mehren sich im Laufe der Zeit Rezidive, und mit längerer Krankheitsdauer wird die Behandlung der Epilepsie zu einer zureehmenden therapeutischen Herausforderung. Die richtige Kombinationstherapie zu wählen, ist für die Prognose des Patienten entscheidend.

**M**an sollte bei epilepsiekranken Patienten immer versuchen, Anfallsfreiheit zu erreichen bzw. die Frequenz der Anfälle so weit wie möglich zu reduzieren, forderte Reetta Kälviäinen\*, Kupio, Finnland, auf dem Satellitensymposium des 4. Europäischen Epilepsiekongresses in Florenz. Denn epileptische Anfälle können – auch wenn sie nur gelegentlich auftreten – zu Diskriminierung und Isolation der Betroffenen führen. Darüber hinaus steigern sie das Unfallrisiko der Patienten sowie ihrer Mitmenschen.

Außerdem weiß man heute, dass es sich bei einer unkontrollierten Epilepsie um einen fortschreitenden Prozess handelt, so die finnische Epileptologin. Bei häufigeren Anfällen drohen neuronale Schädigung und Gedächtnisdefizite. Das Risiko eines plötzlichen unerklärten Todes (SUDEP) beträgt bei schwer behandelbaren Patienten mit fokalen Anfällen etwa 1 : 350.

Die Risiken epilepsiekranker Menschen spiegeln sich in ihrer gesteigerten Mortalitätsrate wider, die um das 2- bis

3,5fache höher liegt als bei der gesunden Bevölkerung. Eine erfolgreichere antikonvulsive Behandlung könnte dazu beitragen, diese Risiken zu mindern.

### Mehrzahl der Patienten benötigt Zusatztherapie

Andererseits wird weniger als die Hälfte aller Patienten durch eine initiale Monotherapie anfallsfrei. Kälviäinen berichtete von einer Metaanalyse von 17 randomisierten Monotherapiestudien unter Einschluss von insgesamt 3961 Patienten. Darin konnte sie zeigen, dass weder unter Carbamazepin, Valproat, Phenytoin noch unter Lamotrigin oder Oxcarbazepin mehr als maximal 48% der neu diagnostizierten Patienten anfallsfrei werden (Abb. 1). Mit durchschnittlich 44% erreichen alle Natriumkanalblocker vergleichbare Effektivitätsraten, sodass in der Mehrzahl der Fälle eine Add-on-Therapie indiziert ist.

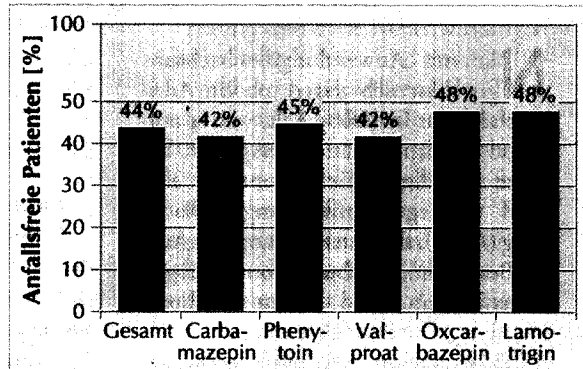
Sprechen die Patienten mit partiellen Anfällen nicht ausreichend auf die Gabe eines Natriumkanalblockers an, zählt sich nach Erfahrung der Epileptologin eine addi-



Foto: Archiv

**Der 4. Europäische Epilepsiekongress fand in Florenz statt.**

tive Gabe von Tiagabin (Gabitril®) aus. Denn im Unterschied zu den Natriumkanalblockern besitzt Tiagabin einen selektiv gabaergen Wirkmechanismus, sodass sich das Antikonvulsivum als idealer Kombinationspartner für Substanzen anbietet, die ihre Wirkung über Ionenkanäle entfalten. Tiagabin verhindert die Wiederaufnahme von  $\gamma$ -Amino-Buttersäure (GABA) aus dem präsynaptischen Spalt in Neuronen und Gliazellen. Dadurch wird die Konzentration des wichtigsten inhibitorischen Neurotransmitters erhöht und die neuronale Erregbarkeit herabgesetzt.



**Abb. 1: Die Wirksamkeit aller Natriumkanalblocker liegt auf vergleichbarem Niveau: Im Durchschnitt werden lediglich 44% der neu diagnostizierten Patienten durch eine Monotherapie anfallsfrei.**

\*Sat.-Symposium „Treatment Choices in Epilepsy: Confronting the Pathways“ auf dem 4. European Congress on Epileptology, Florenz, den 7. 10. 2000. Veranstalter: Sanofi-Synthelabo

Nach R. Kälviäinen et al., 1999, präsentiert auf dem Sat.-Symposium, 4. Europ. Epilepsiekongress, Florenz

2. A  
5037  
- 12.12. 2000 -  
ZB MED