

- ▶ Schneller Effekt auf die Anfallsaktivität
- ▶ Hohe Responderrate bei Therapie refraktären fokalen Epilepsien

fr. der Nervenarzt

1-4

ZB MED

Levetiracetam

Eine neue Option für das Epilepsie-Management

ZUM THEMA

Der Anspruch eines Epilepsie-Patienten an die ihm verordnete Medikation ist, ein normales Leben führen zu können. Mit Reduktion der Anfallsfrequenz und -intensität allein ist dieses Ziel jedoch meist noch nicht erreicht. Selbst bei Anfallsfreiheit bleibt die Lebensqualität häufig auf niedrigem Niveau. Schuld sind zu einem sicherlich nicht unerheblichen Teil mangelnde Verträglichkeit und Einschränkungen im neuropsychologischen Bereich.

Mit der seit einigen Jahren ständig wachsenden Zahl an Antiepileptika steigt auch die Chance auf ein maßgeschneidertes Therapieregime mit optimierter Nutzen/Risiko-Relation. Einen weiteren Schritt nach vorn versprechen die bisher verfügbaren Studienergebnisse und klinischen Erfahrungen in der Schweiz und den USA mit dem neuen Antiepileptikum Levetiracetam. Die Europäische Arzneimittelbehörde EMEA hat im September 2000 in allen EU-Ländern die Zulassung von Levetiracetam (Keppra®) zur Add-on-Therapie bei Patienten mit fokaler Epilepsie mit und ohne Generalisierung erteilt.

Wann sich eine Epilepsie-Behandlung als erfolgreich bezeichnen lässt, kommt ganz auf den Standpunkt des Betrachters bzw. auf die Zielvorstellung an. Die Minimalanforderung, gewissermaßen die „Stufe Eins“, ist die Anfallskontrolle. Das bedeutet als Optimum Anfallsfreiheit und als Kompromiss Reduktion der Anfallsaktivität auf unter 50%. Wesentlich anspruchsvoller und umfassender ist dagegen das Kriterium der Epilepsie-Kontrolle. Bernhard Steinhoff, Kehl-Kork, versteht unter dieser „Stufe Zwei“ Anfallskontrolle ohne Einschränkung der körperlichen/neuropsychologischen Befindlichkeit plus einfaches Management für Arzt und Patienten. Wahrscheinlich zu idealistisch sei dagegen der Anspruch von „Stufe Drei“ – nämlich Heilung der Epilepsie, definiert als Reversion der basalen epileptogenen Prozesse.

Viele Hindernisse auf dem Weg zum dauerhaften Anfallsschutz

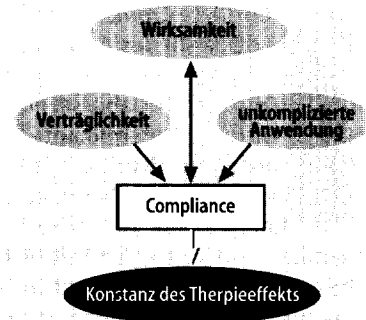
Mit der gegenwärtigen Auswahl von Antiepileptika wird die Minimalanforderung bei etwa der Hälfte der neu diagnostizierten Epilepsie-Kranken im ersten Anlauf und bei insgesamt zwei Drittel der Patienten spätestens nach dem zweiten Substanzwechsel unter einer Monotherapie erreicht. Damit ist aber noch lange nicht garantiert, dass auch die Betroffenen mit der Behandlungsoption zufrieden sind. Eine große Diskrepanz zwischen „Sein und Schein“ findet man bei Patienten, bei denen aufgrund der Komplexität des Anfallsleidens und/oder der zugrunde liegenden Ätiologie nur unter einer Kombinationsbehandlung – nicht selten erst nach mehrmaligen frustranen Versuchen –

eine akzeptable Anfallskontrolle erreichbar ist.

Mit einem Therapieerfolg auf „Stufe Eins“ darf man sich nach Dafürhalten von Steinhoff heute nicht mehr begnügen, sondern sollte von Beginn an „Stufe Zwei“ anstreben. Dafür bedürfte es eines Antiepileptikums, das zahlreiche als optimal charakterisierte Eigenschaften in sich vereinigt. Für unerlässlich hält Steinhoff unter anderem:

- ▶ Effektivität bei einem breiten Spektrum von Epilepsie-Syndromen,
- ▶ rascher Wirkeintritt – keine Toleranzentwicklung,
- ▶ keine akuten oder chronischen Nebenwirkungen,
- ▶ keine Einschränkung von Vigilanz, Stimmung oder Kognition,
- ▶ breiter therapeutischer Index,
- ▶ überschaubare Pharmakokinetik,
- ▶ keine Interaktionen mit anderen Antiepileptika oder sonstiger Komedikation,
- ▶ von Beginn an unkomplizierte Anwendung.

Abbildung 1



▲ Determinanten des Erfolgs einer Epilepsie-Therapie (modifiziert nach Cramer)



Springer

*Mi 11
25. 100
- 72. 1. 811 -
ZB MED*