

Kasuistik: Patientin mit Epilepsie auf Alkohol-Entzug

Epileptikerin, alkoholabhängig und depressiv. Keine einfache therapeutische Aufgabe für die Neurologin Dr. Angela Stahl, die hier die Fallbeschreibung ihrer Patientin vorstellt.

Diagnose

62-jährige Patientin mit kryptogener Epilepsie

Anamnese

Die Patientin ist seit 1999 in meiner neuroärztlichen Behandlung. Sie ist chronische Alkoholikerin und depressiv. Behandelt wurde die Epilepsie lange Zeit mit einer hohen Dosis Phenytoin (400-500 mg/Tag). Die Patientin wurde von mir unter schwierigen Bedingungen ambulant entzogen. Eine konsequente antiepileptische Umstellung war während dieser Zeit zunächst nicht möglich. Die Patientin war unter Phenytoin nicht anfallsfrei.

Untersuchungsbefunde

Der neurologische Untersuchungsbefund zeigt Zeichen einer sensiblen und motorischen Polyneuropathie sowie ein ataktisches Gangbild. Der allgemeine körperliche Untersuchungsbefund ist unauffällig, die Patientin befindet sich in reduziertem Allgemeinzustand. Kernspintomografisch stellten sich, passend zur Ataxie, Marklagerläsionen im Sinne einer fortgeschrittenen vaskulären Enzephalopathie dar. Im



Vier Millionen Deutsche erleiden mindestens einmal im Leben einen epileptischen Anfall.

EEG fand sich ein mittelfrequentes Alpha-Wellen-EEG ohne Herdbefund und ohne gesteigerte zerebrale Anfallsbereitschaft.

Therapie-Umstellung

Nach dem ambulanten Entzug und mittlerweile wiedergewonnener Therapiemotivation der Patientin, wurde 2001 mit einer ärztlich geführten antiepileptischen Einstellung und sozialer Reintegration begonnen. Wegen der durch die Alkoholkrankheit bedingten depressiven Symptomatik wurde sie auch psychotherapeutisch behandelt.

Zur antikonvulsiven Therapie wurde die Patientin auf Topiramamat (Topamax®) umgestellt. Die Anfangsdosis betrug zunächst 25 mg/Tag am Abend. Sie wurde wöchentlich um 25 mg/Tag erhöht bis auf

200 mg Topiramamat pro Tag, verteilt auf zwei Einzeldosen. Die Phenytoindosis wurde in dieser Zeit langsam ausgeschlichen.

Die Einstellungsphase wurde von der Patientin hervorragend toleriert. Auch im weiteren Verlauf gab es keine Nebenwirkungen. Die Patientin ist sehr zufrieden, da sie seit der Umstellung auf Topiramamat anfallsfrei ist. Die regelmäßigen EEG-Kontrollen sind unauffällig. Unter dem neuen therapeutischen Gesamtkonzept hat sich der Allgemeinzustand der Patientin fortlaufend gebessert, die depressive Symptomatik war ebenfalls rückläufig und die Patientin blieb erfreulicherweise weiterhin abstinent.

Fazit

Der vorliegende Fall zeigt, dass Patienten auch nach langjähriger Krankheitsgeschichte von der Umstellung auf Topiramamat profitieren können. Im vorliegenden Fall liegt seit zwei Jahren Anfallsfreiheit vor. Nebenwirkungen treten nicht auf. Fälle wie dieser sollten uns motivieren, die Scheu vor der Veränderung auch lange bestehender Therapiekonzepte zu verlieren, besonders dann, wenn das bisherige Ergebnis nicht zufriedenstellend erscheint.

*Dr. med. Angela Stahl, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Ratbausallee 7, 22846 Norderstedt
nach Informationen von Janssen-Cilag*