

Info

Epilepsie



Häufige Anfallsformen bei
Kindern und Jugendlichen

EINTEILUNG DER ANFALLSFORMEN

Es gibt viele Formen epileptischer Anfälle. Manche sehen bedrohlich aus, andere sind so kurz und harmlos, dass sie oft jahrelang überhaupt nicht erkannt werden. Zurückgehend auf französische Patienten des 19. Jahrhunderts wurde lange Zeit nur zwischen grossen und kleinen Anfällen unterschieden (französisch: «Grand mal» = «grosses Übel» für die grossen und «Petit mal» oder «kleines Übel» für die kleinen Anfälle). Ein moderneres Einteilungsschema für die wichtigsten Anfallsformen bei Jugendlichen und Erwachsenen ermöglicht eine weitere Unterteilung von Petit mal- und Grand mal-Anfällen.

	von Anfang an primär generalisierte Anfälle	am Anfang (primär) fokale, jedoch u.U. im Ablauf (sekundär) generalisierte Anfälle
kleine Anfälle (Petit mal)	Absencen myoklonische Anfälle	fokale Anfälle ohne Bewusstseinsstörung fokale Anfälle mit Bewusstseinsstörung
grosse Anfälle (Grand mal)	primär generalisierte tonisch-klonische Anfälle («Aufwach-Grand mal»)	fokal eingeleitete, sekundär generalisierte tonisch-klonische Anfälle («fokale» Grand mal-Anfälle)

GENERALISIERTE ANFÄLLE

Primär heisst von Anfang an, zu Beginn oder ursprünglich. Bei primär oder von Anfang an generalisierten Anfällen sind beide Hälften des Gehirns schon zu Beginn am Anfallsgeschehen beteiligt. Dies drückt sich in Anfallszeichen auf beiden Körperseiten, beidseitigen EEG-Veränderungen und einem Bewusstseinsverlust aus. Sekundär oder erst im weiteren Ablauf generalisierte Anfälle entwickeln sich aus fokalen Anfällen, die zunächst nur einen Teil einer Gehirnhälfte betreffen. Die wichtigsten Formen primär generalisierter epileptischer Anfälle bei Jugendlichen und Erwachsenen sind Absencen, myoklonische Anfälle und primär generalisierte tonisch-klonische Anfälle (Aufwach-Grand mal-Anfälle).

Absenzen

Absenzen sind Anfälle mit einer im Vordergrund stehenden, wenige Sekunden anhaltenden «Abwesenheit» ohne wesentliche sonstige Zeichen, während der die Betroffenen nicht ansprechbar sind und für die sie hinterher eine Erinnerungslücke (= Amnesie) haben. Absenzen beginnen und enden plötzlich, die jeweilige Tätigkeit wird schlagartig für 10 bis 20 Sekunden unterbrochen und hinterher genauso schlagartig wieder aufgenommen, in der Regel so, als ob nichts passiert wäre. Absenzen sind bei Kindern häufiger als bei Erwachsenen.

Myoklonische Anfälle

Myoklonien sind plötzliche, «einschiessende» und kurze Zuckungen meist umschriebener Muskelgruppen des Körpers mit einem dadurch bewirkten Bewegungseffekt, meist ohne Bewusstseinsstörung. Manche myoklonische Anfälle betreffen nur die Schulter- und Armmuskulatur, was beispielsweise zu einem «Schleudern» der Arme führt; bei anderen Formen können alle Muskeln beteiligt sein. Die Stärke kann sehr unterschiedlich sein und sowohl mit einem Hinstürzen als auch mit einem «Wegwerfen» von in den Händen gehaltenen Gegenständen einhergehen. Myoklonische Anfälle können in jedem Lebensalter vorkommen.

Primär generalisierte tonisch-klonische Anfälle

Primär generalisierte tonisch-klonische Anfälle treten sofort, aus «heiterem Himmel» auf, ohne dass sie sich aus anderen Anfallsformen heraus entwickeln. Die Anfälle zeigen oft zumindest anfänglich eine deutliche tageszeitliche Bindung mit bevorzugtem Auftreten in den ersten ein bis zwei Stunden nach dem Aufwachen, weshalb auch von Aufwach-Grand mal-Anfällen oder Aufwach-Grand mal-Epilepsien gesprochen wird. Oft findet sich ein zweiter Häufigkeitsgipfel am Spätnachmittag oder in den frühen Abendstunden.

FOKALE ANFÄLLE

Fokale Anfälle beginnen in einem umschriebenen Abschnitt des Gehirns, zum Beispiel in einem Teil eines Schläfenlappens oder im Stirnlappen und bleiben zum Teil auch auf diesen Abschnitt beschränkt. Das bedeutet, dass die Aktivität der Nervenzellen in den anderen Gehirnteilen während eines solchen Anfalls ungestört bleibt. Fokale Anfälle werden auch als «Herdanfälle» bezeichnet. Die wichtigsten Formen fokaler Anfälle bei Jugendlichen und Erwachsenen sind solche ohne und mit Bewusstseinsstörung sowie fokal eingeleitete, sekundär generalisierte tonisch-klonische Anfälle.

Fokale Anfälle ohne Bewusstseinsstörung

Fokale Anfälle ohne Bewusstseinsstörung (auch als einfache fokale Anfälle bezeichnet) sind fokale Anfälle, bei denen das Bewusstsein erhalten bleibt. Es gibt fünf Hauptformen: motorische, sensible, sensorische, vegetative und psychische fokale Anfälle ohne Bewusstseinsstörung. Eine Aura (Mehrzahl = Auren) ist ein meist nur wenige Sekunden dauernder fokaler Anfall ohne Bewusstseinsstörung, der häufiger in fokale Anfälle mit Bewusstseinsstörung oder sekundär generalisierte tonisch-klonische Anfälle übergeht. Auren sind also kein vom eigentlichen Anfall abzugrenzender Vorbote eines Anfalls, sondern selbst schon Teil des Anfalls. Sie werden wie alle fokalen Anfälle ohne Bewusstseinsstörung bewusst erlebt und können später erinnert werden, auch wenn sich ein Anfall mit Bewusstseinsstörung anschliesst. Auren haben daher häufig die Bedeutung von Vorzeichen, die einen Anfall ankündigen.

Fokale Anfälle mit Bewusstseinsstörung

Fokale Anfälle mit Bewusstseinsstörung (auch als komplexe fokale oder psychomotorische Anfälle bezeichnet) gehen zwar mit einer Bewusstseinsstörung einher, ohne dass es aber wie bei generalisierten tonisch-klonischen Anfällen zu einem auch für Unbeteiligte leicht erkennbaren, Koma-ähnlichen Zustand kommt. Die Betroffenen haben zwar meist eine teilweise oder völlige Erinnerungslücke für den Anfall, sie fallen aber dennoch bei dem Anfall nicht um, sondern verhalten sich so, dass Fremde unter Umständen überhaupt nichts merken. Man spricht auch von einer «Einengung» des Bewusstseins oder einer «Umdämmerung». In der älteren Benennung als «psycho-motorische» Anfälle kommt die Kombination psychischer und motorischer Auffälligkeiten gut zum Ausdruck.

Manchmal werden zwei Formen fokaler Anfälle mit Bewusstseinsstörung unterschieden. Bei der ersten Form besteht die Bewusstseinsstörung von Beginn des Anfalls an, bei der zweiten Form kommt es zunächst zu einem fokalen Anfall ohne Bewusstseinsstörung in Form einer Aura, oft mit einem von der Magengrube aufsteigenden eigenartigen Wärme- und Übelkeitsgefühl und erst dann zu einer Bewusstseinsstörung. In dieser Zeit wirken die Betroffenen abwesend entrückt, losgelöst ohne normalen Kontakt, wie in Trance oder im Traum.

Bei beiden Formen kommt es oft zu als Automatismen bezeichneten, quasi automatisch ablaufenden Bewegungen und Verhaltensweisen. Diese können das Gesicht oder die Arme betreffen (Blinzeln, Schmatzen, Lecken der Lippen, Kauen, Schlucken, «Nesteln» an der Kleidung oder an Knöpfen beziehungsweise Reiben mit den Händen über die Kleidung oder die Oberschenkel etc.), und es kann auch zu komplizierteren Bewegungsabläufen wie einem Herumlaufen, Aus- und Ankleiden oder Verrücken von Möbelstücken kommen.

Am Ende eines fokalen Anfalls mit Bewusstseinsstörung steht eine langsame Reorientierung, während der die Betroffenen noch nicht wissen, wo sie gerade sind noch was sie machen.

Primär fokale, sekundär generalisierte tonisch-klonische (Grand mal-)Anfälle

Sekundär heisst nachfolgend, in zweiter Linie; entsprechend sind sekundär generalisierte tonisch-klonische Anfälle solche, die sich aus anderen Anfällen entwickeln. Dabei kann es sich um fokale Anfälle ohne oder mit Bewusstseinsstörung handeln, und es kann auch vorkommen, dass als Zwischenstufe nach einem fokalen Anfall ohne Bewusstseinsstörung ein solcher mit Bewusstseinsstörung auftritt, bevor es zur Generalisierung kommt. Sekundär generalisierte tonisch-klonische Anfälle treten häufiger nachts (= Schlaf-Grand mal-Anfälle) oder auch ohne erkennbare Bindung an den Schlaf-Wach-Rhythmus (= diffuse Grand mal-Anfälle) auf.

Wenn ein sekundär generalisierter Anfall im Wachzustand mit einem fokalen Anfall ohne Bewusstseinsstörung beginnt, kann hinterher aus den Empfindungen und Schilderungen der Betroffenen auf den Ausgangspunkt des Anfalls im Gehirn geschlossen werden. Bei fokalen Anfällen mit sofortiger Bewusstseinsstörung und bei im Schlaf auftretenden Anfällen ist dieser Rückschluss oft nicht möglich. Bei rascher Generalisierung können dann auch Partner meist nichts von einem fokalen Anfallsbeginn berichten.

STATUS EPILEPTICUS

Als Status epilepticus werden länger als eine halbe Stunde anhaltende einzelne epileptische Anfälle oder mehrere, rasch aufeinander folgende Anfälle bezeichnet, bei denen es zwischenzeitlich nicht zu einer Erholung kommt. Wie bei sonstigen epileptischen Anfällen gibt es epileptische Stäten mit und ohne «Krampfen» (= «konvulsiver» und «nichtkonvulsiver» Status) und solche mit und ohne Bewusstseinsverlust (siehe Flyer «Was ist ein Status epilepticus?»).



Epilepsie kann jeden treffen

Mindestens fünf Prozent der Menschen erleiden in ihrem Leben einen epileptischen Anfall. Knapp ein Prozent der Bevölkerung erkrankt im Laufe ihres Lebens an Epilepsie. In der Schweiz sind dies rund 70'000 Personen, davon etwa 15'000 Kinder.

Epilepsie-Liga – vielfältig aktiv

Die Schweizerische Liga gegen Epilepsie forscht, hilft und informiert seit 1931.

Forschen

Sie fördert die Weiterentwicklung des Wissens in allen Bereichen der Epilepsie.

Helfen

Auskünfte und Beratungen:

- für Fachleute aus den verschiedensten Bereichen
- für Betroffene und Angehörige

Informieren

Die Epilepsie-Liga informiert und sensibilisiert die Öffentlichkeit und unterstützt so die Integration von epilepsiebetroffenen Menschen.

Verfasser:

Dr. med. Günter Krämer
Präsident der Epilepsie-Liga

Weitere Informationen:

Schweizerische Liga gegen Epilepsie
Seefeldstrasse 84
Postfach 1084
CH-8034 Zürich

T +41 43 488 67 77
F +41 43 488 67 78

info@epi.ch
www.epi.ch

PC 80-5415-8