



051

Erhebung der Krankengeschichte

Autor: Peter Schüler, Original Juli 2001, Juni 2008

Zusammenfassung

- Epileptische von nichtepileptischen Anfällen zu unterscheiden ist das erste Ziel der Anfallsanamnese.
- Die Krankheits(vor)geschichte ergibt Aufschlüsse über mögliche Ursachen einer Epilepsie.
- Das ausführliche Erstgespräch kann helfen, Zeit in den folgenden Untersuchungs- und Therapiephasen zu gewinnen.

Anfallsanamnese

Das erste Ziel muss sein, epileptische Anfälle von nichtepileptischen zu trennen. Ausschlaggebend sind neben den Aussagen des Patienten (Anamnese) die Schilderungen von Personen (Fremdanamnese), die schon einen Anfall miterlebt haben.

Erfragbare Merkmale nichtepileptischer Anfälle

Allmählicher Beginn ohne klar abzugrenzende Aura bei pseudoepileptischen Anfällen; zu Beginn Schwarzwerden vor den Augen, Leere im Kopf, Druck auf den Ohren, „Sternchensehen“ bei orthostatischen oder vagovasalen Synkopen; systematischer (Dreh- und Schwank-Schwindel) bei vertebrobasilärer Insuffizienz als Ursache der Bewusstlosigkeit.

Bei bestimmten Formen von Synkopen können auch spezifische Auslöser erfragt werden: Harnlassen, Stuhlentleerung, Geschlechtsakt, Husten, Lachen, Kopfwendung oder –hebung. Ebenfalls richtungsweisend ist das Vorliegen von Herzrhythmusstörungen. Ein EKG soll in jedem Fall durchgeführt werden (zum Ausschluss von Überleitungsstörungen).

Bei den Drop attacks (Minderdurchblutung im vertebrobasilären Stromgebiet) kommt es zur nur Sekunden dauernden Schwäche in den Beinen mit Sturz auf die Knie, meist ohne dass eine Bewusstlosigkeit genannt wird.

Während des pseudoepileptischen (psychogenen) Anfalls können alle Formen epileptischer Anfälle nachgeahmt werden. Bei der Erhebung der Anfallsanamnese sind die Patienten jedoch oft ausweichend, wenig präzise in der Beschreibung. Oft werden auch sehr verschiedene Anfallserscheinungen dargestellt, was bei epileptischen Anfällen eher die Ausnahme ist.

Die Dauer pseudoepileptischer Anfälle ist meist sehr viel variabler und länger als die epileptischer Anfälle. Zeiträume von 2 – 20 Minuten sind nicht selten. Auch wird dabei anders als bei Patienten mit epileptischen Anfällen keine klare Trennung zwischen den Anfällen und der **anschließenden** (postiktualen) Reorientierungsphase erkennbar.

Erfragbare Merkmale epileptischer Anfälle

Bei epileptischen Anfällen sind dagegen stereotype Abläufe die Regel.

Auren und Prodrome, die der Patient noch selber erkennt, werden oft als sehr fremdartig und nur schwer beschreibbar empfunden. Hier müssen viele Patienten ermutigt werden, ihre Empfindungen während der Aura zu schildern, da sie fürchten, für „verrückt“ gehalten zu werden, nur weil ihnen eine bekannte Umgebung plötzlich völlig fremd vorkommt, sie auf einmal ein bekanntes Musikstück hören, obwohl nirgendwo Musik spielt o.ä. Das Erfragen der Aura ist aber sehr bedeutsam, da damit eine fokale Epilepsie belegt ist und die Diagnose einer primär generalisierten, z.B. eine Absence-Epilepsie ausscheidet. Dies hat natürlich Auswirkungen auf die noch anzuordnende Diagnostik und die Therapie.

Tritt im Anfall ein Bewusstseinsverlust auf, kommt es oft zu Automatismen wie Schlucken, Schmatzen, Nesteln. Auch dies spricht für fokale Anfälle.

Beim primären wie sekundären Grand mal kann es zum (lateralen) Zungen- oder Wangenbiss kommen sowie seltener auch zu Einnässen und noch seltener Einkoten.

Wichtige Hinweise ergibt die Frage, unter welchen Umständen der Anfall auftrat. Gab es mögliche Auslösefaktoren (Schlafentzug, Alkoholkonsum, Fieber, Diskothekbesuch mit Flickerlicht, Medikamente wie Penizillin, Neuroleptika oder Antidepressiva)?

Einige charakteristische Aussagen bei bestimmten Anfallstypen:

- Plötzlicher Beginn und Ende, Dauer nur wenige Sekunden: Absence.
- Verschütten von Kaffee oder Wegschleudern von Gegenständen oder „plötzliches Erschrecken“, Zusammenzucken: Impulsiv-Petit mal.
- Sturz „wie ein gefällter Baum“ auf das Gesicht oder den Hinterkopf: Tonischer Sturzanfall.
- Zuckungen am ganzen Körper mit lateralem Zungenbiss, Einnässen oder (seltener) Einkoten: Grand mal.

Vorgeschichte

Folgende mögliche Ursachen einer Epilepsie sollten abgefragt werden:

- Vorliegen einer Epilepsie in der Blutsverwandschaft.
- Geburtstrauma: Verzögerte Geburt, Nabelschnurumschlingung, Saugglocken- oder Zangengeburt, blaue Farbe nach der Geburt, (zweitgeborener) Zwilling. Verzögerte frühkindliche Entwicklung (Erlernen von Laufen, Sprechen, Lesen, Schreiben).
- Suchterkrankungen bei den Eltern.
- Enzephalitiden, Fieberkrämpfe (besonders wiederholte oder längerdauernde), Impfkomplicationen.
- Schädelhirntrauma mit Bewusstlosigkeit und/oder neurologischen Ausfällen.

Falls bei fokalen Epilepsien keine Ursache gefunden wird, muss (insbesondere bei einem Auftreten nach dem 20. Lebensjahr) solange an einen Tumor als Ursache gedacht werden, bis dies (durch wiederholte kernspintomographische Untersuchungen) auszuschließen ist.

Sozialanamnese

Beim Gespräch mit Epilepsiepatienten sollte auch Zeit genug sein, die häufigen Konflikt- und Problemfelder anzusprechen:

Familienleben, Sexualität, Berufswünsche, eingeschränkte soziale Kontakte. Man sollte den Patienten bei dieser Gelegenheit auch ermuntern, sich einem oder mehreren Vereinen anzuschließen und auch auf die Möglichkeit der Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe hinweisen.

Aus rechtlichen Gründen ist eine Aufklärung über das Führen von Kraftfahrzeugen notwendig. Es sollte auch auf die Gefahren beim Schwimmen, insbesondere in offenen Gewässern, aber selbst beim Baden in der Wanne, verwiesen werden. Dies sollte auch in der Patientenkartei vermerkt werden.

Zeit sparen beim Erstgespräch?

Die Zeit, die man sich beim Erstgespräch mit Epilepsiepatienten zur Stellung einer sauberen Diagnose und zur Abklärung der Konfliktfelder nimmt, ist gut investiert. Hier gesparte Zeit wird nicht selten bei unzweckmäßigen apparativen Untersuchungen, beim Verfolgen falscher therapeutischer Ansätze und der Suche nach Ursachen mangelnder Mitarbeit vergeudet.

Weiterführende Materialien

- Adler, R., Hemmeler, W.: Anamnese und Körperuntersuchung. 3. Aufl., G. Fischer, Stuttgart 1992
- Zahner, B.: Diagnostik von Epilepsien im Erwachsenenalter. Psycho 21 (1995) 291-300

Informationsblätter

- Folgende Informationsblätter behandeln angrenzende Themen. 052-057.

Herausgeber: Dt. Gesellschaft für Epileptologie