

Psychogene Anfälle: Eine oft verkannte Diagnose mit bedeutenden Konsequenzen

Psychogene Anfälle werden klinisch oft mit Epilepsie verwechselt. Dabei ist eine korrekte Diagnosestellung für eine richtige Behandlung entscheidend. Prof. Dr. Andrea Rossetti gibt wichtige Empfehlungen für Diagnostik und Therapie. (Lesedauer: 4 Minuten)



Der folgende Beitrag wird vertreten durch Prof. Dr. Andrea Rossetti, Facharzt für Neurologie und Vizepräsident der Schweizerischen Epilepsie-Liga.

Nichtepileptische psychogene Anfälle (PNES) sind unkontrollierte Episoden, bei denen die Betroffenen vorübergehend die Kontrolle über ihren Körper verlieren und abnorme motorische oder sensorische Symptome aufweisen. Im Gegensatz zu epileptischen Anfällen liegt jedoch keine abnorme elektrische neuronale Entladung zugrunde, die sich mittels Elektroenzephalogramm nachweisen ließe.

Junge Frauen am häufigsten betroffen

Obwohl die Dunkelziffer bedeutend sein kann, schätzt man die jährliche Inzidenz um 2-5/100'000 und die Prävalenz um 2-33/100'000. PNES können bei Menschen jeden Alters auftreten; junge Frauen sind jedoch statistisch häufiger betroffen. Etwa 10% der Patienten mit PNES können gleichzeitig auch epileptische Anfälle aufweisen.

Diagnostik: Die wichtigsten Kriterien

PNES können sich auf sehr unterschiedliche Weise äußern, nehmen jedoch bei denselben Betroffenen häufig relativ ähnliche Formen an. Man unterscheidet klinisch drei große Gruppen:

- „Krämpfe“ (DD: generalisierter tonisch-klonischer Anfall)

- „Stürze und/oder Kräfteverlust ohne Krämpfe“ (DD: fokaler Anfall mit oder ohne Bewusstseinsbeeinträchtigung)
- „Kontaktverluste ohne Sturz“ (DD: Absenzen)

Die Dauer reicht von einigen Sekunden bis zu mehreren Stunden (DD: Status epilepticus). In Studien haben sich einige Zeichen gezeigt, welche für PNES relativ spezifisch sind:

Klinisches Zeichen	Psychogener nichtepileptischer Anfall	Epileptischer Anfall
Geschlossene Augen, Widerstand beim Öffnen (iktal)	Hochspezifisch	Sehr selten
Asymmetrische, unkoordinierte crescendo-decrescendo Bewegungen	Hochspezifisch	Selten (Frontallappenanfälle)
Lateraler Zungenbiss	Sehr selten	Hochspezifisch (generalisierter Anfall)
Iktales Weinen	Relativ häufig	Sehr selten
Postiktales stertöroses Atmen	Sehr selten	Sehr häufig nach generalisiertem Anfall
Postiktales Flüstern	Hochspezifisch	Sehr selten
Verletzungen	Möglich	Möglich
Urininkontinenz	Möglich	Möglich

Tabelle: Differentialdiagnose zwischen psychogenen nichtepileptischen Anfällen und epileptischen Anfällen.

PNES werden nach einer detaillierten Anamnese in Verbindung mit einer klinischen Untersuchung diagnostiziert. Zusätzlich wird eine typische Episode mit dem Video-Elektroenzephalogramm aufgezeichnet (Gold-Standard): bei diesem Verfahren versucht man, einen typischen Anfall zu provozieren (z. B. durch Suggestion, Hyperventilation oder Photostimulation). So lässt sich gleichzeitig die Möglichkeit begleitender epileptischer Anfälle ausschließen.

Behandlung: Antiepileptika haben bei PNES keine Wirkung

Ohne angemessene Behandlung treten PNES meist erneut auf. Es ist daher von zentraler Bedeutung, eine sichere Diagnose zu stellen. Nicht zweckmäßig wäre es, ungezielt Antiepileptika zu verschreiben, da diese Medikamente bei PNES grundsätzlich nicht wirken, und die Betroffenen nur die Nebenwirkungen ertragen müssten.

Folgende einfache allgemeine Maßnahmen sollten bei einem PNES-Anfall getroffen werden:

- Schützen vor Stürzen oder Gefahren in der Umgebung
- Unkontrollierte Bewegungen nicht einschränken, da sie dadurch verstärkt werden können.
- Nichts in den Mund schieben.

- Im Fall eines Kontaktverlusts nach dem Anfall die Betroffenen in die stabile Seitenlage bringen.

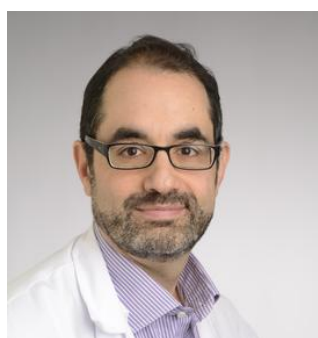
Die spezielle Behandlung umfasst eine kombinierte neurologische und psychiatrische Betreuung. Dabei ist neurologische Behandlung wichtig, um einen somatischen Rahmen zu gewährleisten. Psychiatrische Betreuung hilft den Betroffenen, verhaltenstherapeutisch zu lernen, mit den Anfällen umzugehen. Bei bekannten PNES ist es nicht erforderlich, bei einem Anfall in der Notaufnahme vorstellig zu werden. Es reicht aus, den Therapeuten in der Folge zu informieren.

Autofahren: Bei Personen, die bei PNES die Kontrolle verlieren, wird vom Lenken eines Fahrzeugs ausdrücklich abgeraten. Die Dauer einer solchen Maßnahme wird mit dem behandelnden Arzt besprochen.

Zum Hintergrund von PNES: Ätiologische Hypothese

PNES sind nicht durch bewusste Simulation hervorgerufen: eine weitere Bezeichnung lautet „dissoziative Anfälle“, da die Betroffenen während der Anfälle häufig von der Realität losgelöst sind. Sie können durch einen Stressfaktor oder ein Trauma verursacht werden, das auch sehr lange zurückliegen kann (z. B. körperlicher Unfall, Verlust eines nahestehenden Menschen, körperlicher oder sexueller Missbrauch). Häufig ist das Trauma den Betroffenen ins Unterbewusstsein verdrängt worden.

Die psychodynamische Hypothese postuliert, dass diese innere Spannung zu klinischen Symptomen in Form eines Kontrollverlusts über bestimmte Körperfunktionen führt, die wiederum die Spannung vermindert (primärer Krankheitsgewinn). Man spricht je nach Klassifikation auch von „funktionellen Störungen“, „Konversionsstörungen“ oder „somatoformen Störungen“.



Dieser Beitrag wird vertreten durch Prof. Dr. Andrea Rossetti, Vizepräsident der Schweizerischen Epilepsie-Liga. Prof. Dr. Rossetti praktiziert, forscht und lehrt als Neurologe am Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) in Lausanne. Der gebürtige Tessiner interessiert sich besonders für Epilepsie, Schlafforschung und nichtepileptische Anfälle.

Erschienen am 9. Juli 2017 auf coliquio.de.