

EPILEPSIE

Fachleiter Medizin



Anamnese



Untersuchung



Therapie



Prüfung

2 Epilepsie

Inhalt

Einleitung	3
Konjunktiv I	4
Begrüßung	6
Aktuelle Anamnese.....	6
Die vegetative Anamnese	7
Vorerkrankungen	7
Voroperationen	7
Gynäkologie	8
Medikamente	8
Allergien	8
Noxen.....	9
Sozialanamnese.....	9
Familienanamnese.....	9
Verdachts- und Differentialdiagnose.....	9
Diagnostische Abklärung	10
körperliche Untersuchung.....	10
Laboruntersuchungen	11
EEG (Elektroenzephalogramm)	11
EKG	12
MRT (Magnetresonanztomographie).....	12
kraniales CT	12
Konsile	13
Behandlung	13
Akutmanagement eines epileptischen Anfalls in der Notaufnahme.....	13
Ärztliche Anordnung	13
Anfallsprophylaxe.....	14
Komplikationen	14
Extra	15
Fragen	17

Einleitung

Der Fall enthält verschiedene Erfahrungen, aber das bedeutet nicht unbedingt, dass all diese Informationen in der Prüfung vorkommen. Ich habe versucht, alle möglichen Fragen abzudecken. Es ist empfehlenswert, sich umfassend vorzubereiten, jedoch lässt sich nicht vorhersagen, wie viel davon Sie tatsächlich in der Prüfung anwenden werden. Bei der Prüfung kann es vorkommen, dass Sie keine vollständige Anamnese durchführen können. Machen Sie sich jedoch keine Sorgen.

Es ist von großer Bedeutung, die Aussagen des Patienten wortwörtlich wiederzugeben.

In einer ärztlichen Prüfung spielt ein Arzt die Rolle des Patienten, wobei er detailliert eine vorbereitete Vorlage mit vollständiger Anamnese nutzt. Dies geschieht weder spontan noch systematisch: Er arbeitet mit einer strukturierten Vorlage, in der alle Aspekte der Anamnese enthalten sind, und versucht gleichzeitig, durch unstrukturierte Angaben den Prüfling zu verwirren. Der Prüfling muss daher unbedingt die Gesprächsführung übernehmen, gezielt nachfragen und den "Patienten" höflich, aber bestimmt steuern, um eine klare und strukturierte Anamnese zu gewährleisten.

Sie können die Zeit wie folgt einteilen: In den ersten 10 Minuten, genauer gesagt nach der Frage „Was führt Sie zu uns?“, sollten Sie eine Verdachtsdiagnose sowie zwei Differenzialdiagnosen in Betracht ziehen und gezielte Fragen dazu stellen, einschließlich der vegetativen Anamnese. Anschließend können Sie entscheiden, welche Informationen Sie zuerst erheben.

In einem Arztbrief sollten bei den Punkten Allergien, Sozialanamnese, Familienanamnese und Medikation Stichwörter verwendet werden. Achten Sie jedoch darauf, bei der mündlichen Vorstellung vollständige Sätze zu nutzen.

Viel Erfolg

Morteza Soltani

Konjunktiv I

Patient (direkte Rede):

„Ich hatte heftige Kopfschmerzen.“

✗ Falsch:

Er **habe** angegeben, dass er heftige Kopfschmerzen gehabt habe.

Laut Angaben des Patienten **seien** heftige Kopfschmerzen aufgetreten.

✓ Richtig:

Er **gab** an, dass er heftige Kopfschmerzen gehabt habe.

Laut Angaben des Patienten **sind** heftige Kopfschmerzen aufgetreten.

Bei Schlussfolgerungen, radikulären Schmerzen, konservativer Therapie oder B-Symptomatik kein Konjunktiv I verwenden.

Gültig in der Prüfung (FSP): Ich habe alles im Konjunktiv I formuliert, weil ich die Angaben nicht objektiv bestätigen kann!!!!!!

Bei der Wiedergabe brauchen wir entweder einen einleitenden Satz mit Verben wie „sagen“, „berichten“, „angeben“, „mitteilen“, „äußern“, „anführen“, „nennen“ usw. – oder wir formulieren die Aussage ohne einleitenden Satz.

Artikels im Singular: **der** (maskulin), **die** (feminin), **das** (neutral)

Patientenaussage: „Ich bin gestern auf der Treppe gestürzt.“

- 📄 Arztbrief (formell, schriftlich): Die Patientin berichtet, dass sie gestern auf der Treppe gestürzt sei.
- 🗣️ Fallvorstellung (mündlich, kompakt): Die Patientin berichtet, sie sei gestern auf der Treppe gestürzt.

Präsens		Vergangenheit
Originalsatz: „Er geht nach Hause.“ → Konjunktiv I: Er gehe nach Hause. Originalsatz: „Sie nimmt die Tablette.“ → Konjunktiv I: Sie nehme die Tablette. Originalsatz: „Es gibt Probleme.“ → Konjunktiv I: Es gebe Probleme.		Originalsatz: „Er hat die Tablette eingenommen.“ → Konjunktiv I: Er habe die Tablette eingenommen. Originalsatz: „Es wurde erfolgreich behandelt.“ → Konjunktiv I: Es sei erfolgreich behandelt worden. Originalsatz: „Es ist größer geworden.“ → Konjunktiv I: Es sei größer geworden. Originalsatz (Plural): „Sie nahmen stark zu.“ → Konjunktiv I: Sie hätten stark zugenommen. Originalsatz (Plural): „Die Schmerzen traten gestern auf.“ → Konjunktiv I: Die Schmerzen seien gestern aufgetreten.
Futur		
Originalsatz: „Er wird morgen einkaufen.“ → Konjunktiv I: Er werde morgen einkaufen. Originalsatz: „Sie werden abnehmen.“ → Konjunktiv I: Sie würden abnehmen.		
Sein	Präsens	ich sei, du seiest, er sei, wir seien, ihr seiet, sie seien
	Vergangenheit	Präsensform + gewesen
Haben	Präsens	ich hätte, du hättest, er habe wir hätten, ihr hättet, sie hätten
	Vergangenheit	Präsensform + gehabt

Modalverben (Präsens):

„Er/ Ich kann das erklären.“

→ Konjunktiv I: Er/ Ich könne das erklären. (solle, wolle, müsse, dürfe)

Originalsatz (Plural): „Sie können das erklären.“

→ Konjunktiv I: Sie könnten das erklären. (müssten/ sollten/ wollten/ dürften)

Modalverben (Vergangenheit)

Originalsatz: „Er wollte das Medikament einnehmen.“

→ Konjunktiv I: Er habe das Medikament einnehmen wollen.

Originalsatz: „Er konnte nicht kommen.“

→ Konjunktiv I: Er habe nicht kommen können.

Begrüßung

Guten Tag, sehr geehrter Herr Professor Doktor ...,

ich möchte Ihnen nun die Patientin Beate Bauer vorstellen.

Sie ist 37 Jahre alt, ein Meter einundsiebzig groß und wiegt etwa 73 kg.

Der Body-Mass-Index (BMI) beträgt 22,9 kg/m² und liegt damit im Normalbereich.

Aktuelle Anamnese

Die Patientin stellte sich bei uns vor, da vor etwa drei Stunden plötzlich ein generalisierter tonisch-klonischer Anfall aufgetreten war.

Laut Angaben ihres Ehemannes dauerte der Anfall knapp zwei Minuten.

Ihr Mann gab an, dass sie während des Anfalls nicht ansprechbar gewesen sei.

Ihr Mann berichtete, er habe während des Anfalls eine Blickdeviation der Augen nach oben beobachtet.

(Der Ehemann schilderte, die Patientin habe zunächst eine tonische Phase mit ausgeprägten Kontraktionen und durchgestreckten Extremitäten gezeigt, was als tonische Phase gilt. Anschließend seien unwillkürliche, rhythmische Muskelzuckungen aufgetreten, die als klonische Phase bezeichnet werden.)

Folgende klinische Zeichen wurden nicht festgestellt: Harninkontinenz oder Stuhlinkontinenz, Kieferpressen, Zungenbiss, Zyanose, Sturz/ Traumata, Fieber, Nausea, Emesis, Tachykardie, Schwindel, Palpitation, Hinweise auf orthostatische Hypotonie.

Als Aura wurden nach Angaben der Patientin eine Cephalgie und ein Gefühl innerer Unruhe beschrieben, die etwa 1 Minute vor dem Anfall aufgetreten sind.

Sie berichtete postiktal über Fatigue und Nervosität.

Sie teilte mit, dass sie gestern Abend auf einer Hochzeitsfeier viel Bier und Wodka getrunken habe. Außerdem habe sie nur etwa vier Stunden geschlafen.

Die vegetative Anamnese

Die vegetative Anamnese ist unauffällig, abgesehen von einer stressbedingten **Insomnie** in Form von Einschlafstörungen infolge von Sorgen um ihren Sohn sowie einem Wechsel zwischen **Obstipation** und **Diarrhö** bei bekanntem Colon irritabile, bestehend seit fünf Jahren.

Vorerkrankungen

An Vorerkrankungen sind bei ihr die folgenden bekannt:

Sie äußerte, seit etwa fünf Jahren an einem **Colon irritabile** mit wechselnden Stuhlgewohnheiten zwischen Diarrhö und Obstipation zu leiden. Eine **Koloskopie** sowie weitere Untersuchungen seien unauffällig gewesen.

Sie gab an, vor acht Jahren einen **Abort** in der zehnten Schwangerschaftswoche erlitten zu haben, wobei eine genaue Ursache nicht festgestellt worden sei.

Nach eigenen Angaben hatte die Patientin im Alter von ein bis zwei Jahren einen **fieberbedingten Krampfanfall**, der mit einem Suppositorium behandelt wurde.

Seit der Kindheit besteht eine **seborrhoische Dermatitis** hinter den Ohren und an den Augenbrauen, insbesondere im Winter, die bei Bedarf mit Cortisonsalbe behandelt werde. (Ich habe die Schuppen während der Anamnese gesehen! 🤩)

Sie gab an, vor sechs Jahren einen Kletterunfall aus etwa drei Metern Höhe erlitten zu haben, bei dem sie sich eine linksseitige **Acetabulumfraktur** zugezogen habe. Diese wurde konservativ durch Schonung und Physiotherapie behandelt.

Sie fügte hinzu, dass sie im Alter von 20 Jahren aufgrund einer **Alkoholintoxikation** für einen Tag stationär behandelt worden sei.

Voroperationen

Die Patientin berichtete, dass sie sich bei einem Gleitschirmunfall vor zehn Jahren eine Fraktur der rechten Patella zugezogen habe. Eine damals empfohlene operative Versorgung habe sie aufgrund von Ängsten abgelehnt. Seitdem bestehen belastungsabhängige Schmerzen im rechten Knie.

Hinweis: Wenn eine Aussage durch eine ärztliche Untersuchung objektiv bestätigt werden kann – zum Beispiel durch sichtbare Narben – ist der Indikativ angebracht. (In der Fachsprachprüfung findet keine körperliche Untersuchung statt.)

Gynäkologie

In der gynäkologischen Anamnese gab die Patientin an, dass die letzte Menstruation vor zehn Tagen stattgefunden habe.

Vor vier Jahren sei eine Spontangeburt erfolgt.

Gynäkologische Beschwerden bestehen derzeit nicht.

Medikamente

Derzeit nimmt die Patientin gemäß Rezept folgende Medikamente ein:

Imodium®-Schmelztabletten

Voltaren® Dispers 46,5 mg.

Zudem wendet sie bei Exazerbationen einer seborrhoischen Dermatitis eine Cortisonsalbe an.

Hinweis: Wenn eine Aussage durch eine ärztliche Beobachtung objektiv bestätigt werden kann – zum Beispiel anhand eines Rezepts – ist der Indikativ angebracht.

Allergien

Sie reagiere auf Meeresfrüchte mit Lidödem, Zungenödem und einem Exanthem am Bauch.

(Diese Reaktion ist nach eigenen Angaben vor drei Jahren während eines Aufenthalts in Frankreich aufgetreten, weshalb damals eine Behandlung in einer Praxis erforderlich war.)

Zudem besteht eine Allergie gegen Hundehaare mit Auftreten eines Exanthems und Pruritus.

Noxen

Bei den Genussmitteln berichtete die Patientin, seit fünf Jahren Nichtraucherin zu sein. Zuvor habe sie über mehrere Jahre etwa zehn Zigaretten pro Tag geraucht, entsprechend etwa 4,5 Packungsjahren.

Gelegentlich trinke sie Wodka und Bier, teils in übermäßiger Menge.

Früher habe sie gelegentlich Joints konsumiert.

Sozialanamnese

Sie betreibt eine eigene Webdesign-Firma und wohnt mit ihrer Familie in einer Wohnung.

Sie hat einen vierjährigen Sohn, der an einem Atriumseptumdefekt leidet.

Familienanamnese

Bei ihrem Vater wurde vor fünf Jahren eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) infolge langjährigen Rauchens diagnostiziert. Zudem hat dieser vor zehn Jahren eine linksseitige Keratitis erlitten, die mittels Keratoplastik behandelt wurde. Ihre Mutter leidet an einem Morbus Sudeck (CRPS) nach einer distalen Radiusfraktur vor eineinhalb Jahren.

Verdachts- und Differentialdiagnose

Die anamnestischen Angaben, einschließlich der Aura, der Bewusstlosigkeit, der Dauer, der generalisierten Myoklonien sowie der postiktalen Phase, sprechen am ehesten für einen epileptischen Anfall. Es sollte unterschieden werden, ob es sich um einen primären (unprovozierten) oder sekundären Anfall handelt.

Als Auslöser für den Anfall kommen in diesem Fall Alkoholkonsum sowie Schlafmangel infrage.

Als sekundäre Ursachen kommen eine Hypoglykämie, Elektrolytstörungen, Infektionen (z. B. Meningitis), Tumoren, Vergiftungen sowie Drogenkonsum in Betracht.

10 Epilepsie

Differenzialdiagnostisch sollte auch eine **Synkope** berücksichtigt werden, die meist mit einer raschen Erholung und ohne postiktalen Zustand einhergeht.

Zudem sind bei psychogenen, nicht-epileptischen Anfällen (**PNES**) wechselhafte Bewegungsmuster typisch.

Diagnostische Abklärung

Da die Gefahr eines weiteren Anfalls besteht, sollte die Patientin stationär aufgenommen und mit zwei großlumigen venösen Zugängen versorgt werden. Zudem ist der Blutzuckerspiegel zu bestimmen, um eine Hypoglykämie auszuschließen.

körperliche Untersuchung

Nach der Anamnese erfolgt eine ausführliche körperliche Untersuchung. Diese beginnt mit der Erhebung der Vitalparameter, einschließlich Herzfrequenz, **Blutdruck, Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung** und **Körpertemperatur**.

Im Anschluss erfolgt eine gezielte Untersuchung, beginnend mit der Inspektion. Postiktal kann der Patient müde und verwirrt erscheinen. Sichtbare Verletzungen durch einen Sturz sowie ein seitlicher Zungenbiss sind möglich.

Die Palpation kann Hinweise auf eine hintere Schulterluxation — beispielsweise infolge eines tonisch-klonischen Anfalls — sowie auf eine Tachykardie ergeben.

Die Perkussion besitzt im Rahmen der Epilepsiediagnostik keinen unmittelbaren diagnostischen Nutzen.

Die Auskultation kann jedoch helfen, eine Synkope als Differenzialdiagnose auszuschließen, insbesondere durch Nachweis von Herzrhythmusstörungen oder einer Tachykardie.

Beurteilen Sie neurologische Auffälligkeiten: Ein fokal neurologisches Defizit nach Anfall könnte ein postiktaler **Todd-Lähmung** sein, aber auch auf einen Schlaganfall oder eine ZNS-Läsion hinweisen.

Es sollte sich eine neurologische Untersuchung anschließen, insbesondere zur Beurteilung der Hirnnervenfunktion (Pupillenreaktion, Augenbewegungen,

11 Epilepsie

Fazialismotorik), Sensibilität (z. B. durch **Berührungs-** oder Druckreize) sowie der Motorik (Muskeltonus, aktive und passive Beweglichkeit, Koordination, **Reflexe**). Eine Fundoskopie ist essenziell, um ein mögliches **Papillenödem** auszuschließen.

Hirnnervenfunktion Im Einzelnen:

- N. olfactorius (I): Riechnerv
- N. opticus (II): Sehnerv
- N. oculomotorius (III), N. trochlearis (IV), N. abducens (VI):
Augenbewegungsnerve
- N. trigeminus (V): Gesichtssensibilität und Kaumuskelatur
- N. facialis (VII): Gesichtsmuskulatur, Geschmack
- N. vestibulocochlearis (VIII): Hören und Gleichgewicht
- N. glossopharyngeus (IX): Geschmack, Schluckreflex
- N. vagus (X): Parasympathische Innervation der Eingeweide
- N. accessorius (XI): Schulter- und Nackenmuskulatur
- N. hypoglossus (XII): Zungenbewegung

Auch eine ZNS-Infektion (z. B. Meningitis/Enzephalitis) kann Krampfanfälle auslösen und muss bei Fieber, **Meningismus** oder Bewusstseinsbeeinträchtigung in Betracht gezogen werden.

Laboruntersuchungen

Dabei würden wir ein kleines Blutbild, den Blutzucker, den Elektrolythaushalt (Natrium, Kalium), die Nierenfunktion (Kreatinin, BUN), die Leberwerte (ALT, AST, alkalische Phosphatase), den Säure-Basen-Status sowie bei entsprechendem Verdacht einen Urin-Drogentest bestimmen.

Bei Verdacht auf eine Meningitis sollte zusätzlich eine **Liquoruntersuchung** durchgeführt werden, um die Diagnose zu bestätigen.

EEG (Elektroenzephalogramm)

Ein EEG ist eine Untersuchung, die die elektrische Aktivität des Gehirns misst. Elektroden werden auf der Kopfhaut befestigt, um die elektrischen Signale des Gehirns zu erfassen. Der Patient sitzt oder liegt entspannt, während die

12 Epilepsie

Aufzeichnung erfolgt. Die Untersuchung ist schmerzfrei und dauert meist 20-60 Minuten.

Während eines epileptischen Anfalls zeigt das EEG bei fokalem Anfall rhythmische Entladungen (z. B. Spikes oder Sharp Waves) in einer umschriebenen Hirnregion, die sich eventuell ausbreiten können. Bei einem generalisierten Anfall treten symmetrische, synchrone Entladungen auf beiden Hemisphären auf, meist in Form von generalisierten Spike-Wave- oder Polyspike-Wave-Komplexen.

Nicht zu vergessen, zwischen den Anfällen (interiktal) kann das EEG in der Regel unauffällig sein.

EKG

EKG zum Ausschluss kardialer Ursachen, insbesondere Arrhythmien oder Synkopen mit passagerer Bewusstlosigkeit, die einen epileptischen Anfall imitieren können.

MRT (Magnetresonanztomographie)

Ein MRT ist ein bildgebendes Verfahren, das mithilfe von Magnetfeldern und Radiowellen detaillierte Bilder von Organen, Geweben und Strukturen im Körper erstellt. Der Patient muss zunächst Schmuck und andere metallische Gegenstände entfernen und wird dann in einen röhrenförmigen Scanner geschoben. Zudem muss der Patient vor der Untersuchung über eventuelle Implantate oder einen Herzschrittmacher informieren. Während der Untersuchung, die etwa 20–60 Minuten dauert, muss er still liegen. In einigen Fällen kann Kontrastmittel verabreicht werden, um bestimmte Strukturen besser darzustellen. Bei der Gabe von Kontrastmittel besteht das Risiko allergischer Reaktionen oder einer Kontrastmittel-induzierten Niereninsuffizienz.

Nach einem ersten unprovzierten Anfall oder bei fokalen Anfällen sollte vorrangig ein MRT des Schädels durchgeführt werden.

kraniales CT

Ein sofortiges kraniales CT (cCT) ist nur erforderlich, wenn Red Flags vorliegen, die auf eine akut behandlungsbedürftige Ursache hinweisen. Dazu zählen ein Sturz oder Kopftrauma infolge des Anfalls, eine prolongierte Bewusstseinsstörung oder

13 Epilepsie

ein neu aufgetretenes fokal-neurologisches Defizit sowie Risikofaktoren für eine intrakranielle Blutung oder Traumafolgen, etwa bei Antikoagulation.

Konsile

Neurologie

Behandlung

Akutmanagement eines epileptischen Anfalls in der Notaufnahme

Ärztliche Anordnung

- Nüchtern (NPO) ab sofort.
- Lagerung: stabile Seitenlage, Atemwege freihalten, Verletzungsquellen entfernen, kein Zwangsfixieren.
- Monitoring: kontinuierlich EKG, SpO₂, RR; Vigilanzkontrolle. Vitalzeichen alle 15 min bis stabil, dann stündlich.
- O₂ per Nasensonde 2–4 L/min (Ziel SpO₂ ≥ 94 %; bei COPD gemäß Basiswert).
- 2 großlumige i.v. Zugänge (mind. 16G).
- BZ sofort bestimmen, Hypoglykämie ausschließen.
- Labor: kleines BB, Elektrolyte (Na, K), Kreatinin/eGFR, Harnstoff, Leberwerte (AST/ALT, AP, Bilirubin, GGT), BGA (art./ven.) inkl. Laktat, ggf. β-hCG (bei Frauen im gebärfähigen Alter), Urin-Drogentest (nur bei Verdacht).
- 12-Kanal-EKG.
- Bildgebung: kraniales CT (nach Stabilisierung, bei erstem Anfall, Trauma, fokalem Defizit, Antikoagulation etc.).
- Stufe – Anfallsabbruch:
- Lorazepam** 4 mg i.v. langsam
(Wenn der Anfall nach 5 bis 10 Minuten weiterhin anhält (also nicht aufgehört hat), darf die gleiche Dosis des Medikaments ein einziges Mal wiederholt werden).
 - Alternativ: Midazolam 10 mg i.m./bukkal/nasal oder Diazepam 10 mg i.v.
- Stufe – BZD-refraktär:
- Sofortiger neurologischer Konsil.

14 Epilepsie

Anfallsprophylaxe

Zunächst sollte der Patient mögliche Triggerfaktoren vermeiden. Falls eine organische Ursache vorliegt, muss diese gezielt behandelt werden. Die Diagnose einer Epilepsie wird gestellt, wenn mindestens zwei unprovokierte Anfälle im Abstand von mehr als 24 Stunden auftreten. Dabei können Antikonvulsiva wie **Levetiracetam**, Lamotrigin, **Valproat** oder Carbamazepin verschrieben werden.

Bei fokalen Anfällen werden Carbamazepin, Lamotrigin oder Levetiracetam eingesetzt.

Bei generalisierten Anfällen gilt Valproat als Mittel der ersten Wahl, alternativ kommen Lamotrigin oder Levetiracetam infrage.

Bei Absencen ist Ethosuximid das Therapeutikum der ersten Wahl, gefolgt von Valproat oder Lamotrigin.

Komplikationen

Status epilepticus: Anfall dauert länger als 5 Minuten oder mehrere Anfälle ohne vollständige Erholung dazwischen (Gefahr: Hirnschädigung, Hypoxie)

Verletzungen

Kognitive Beeinträchtigungen: Konzentrationsstörungen, Gedächtnisprobleme

Extra

Namen:

Fritz Sauermann, Egon Schiele, Alfons Börk, Frau Heinemann, Peter Rosenhagen, Peter Nagelsmann

Berufe:

Rechtsanwalt, Selbständiges Fotogeschäft, Bibliothekarin

Einzelheiten:

Die Patientin war gegen Impfungen.

Der Patient berichtete über einen unwillkürlichen Harnabgang (Urininkontinenz) während des Anfalls.

10-jähriges Firmenjubiläum, der 10 Jubiläumsfeier seines Kanzleibüros.

Der Hausarzt hat ihm aufgrund des übermäßigen Konsums bei Feiern eine Psychotherapie empfohlen.

Als Aura nannte sie visuelle Unschärfe (verschwommenes Sehen).

Z. n. 2 × Sectio caesarea (komplikationslos verlaufen).

Akutelle Anamnese:

Ein epileptischer Patient befand sich in einem Berghaus, trank Alkohol und feierte mit Freunden. Dabei erlitt er einen Krampfanfall und verletzte sich am Kopf. Seine Freunde brachten ihn ins Krankenhaus. Der Patient kam mit starken Kopfschmerzen (9 von 10) nach der Verletzung an. Vor diesem Anfall hatte er keine Symptome, jedoch trat im letzten Jahr ein ähnlicher Vorfall auf.

Nach dem Anfall bemerkte er Benommenheit, ein komisches Gefühl und Abgeschlagenheit. „Was meinen Sie mit komischem Gefühl?“ Patient: „Ich weiß nicht, was das ist, es ist kein Schwindel, keine Schmerzen.“

Vorerkrankungen:

Vertigo seit langem

Eileiterschwangerschaft vor zwei Jahren, Zustand nach Operation mit Salpingo-

16 Epilepsie

Ovarektomie (Entfernung von Eileiter und Eierstock).

Zöliakie

Patellafraktur vor 5 Jahren nach einem Kletterunfall, operativ behandelt.

(belastungsabhängige Schmerzen im Knie).

Gonalgie mit Kreuzbandruptur

Neurodermitis an den Ellenbogen und Kniekehlen

Dysphonie (wegen trockener und kalter Luft im Copyshop), Behandlung: Neoangin plus – Lutschtabletten

Psoriasis

Refluxkrankheit, Pantoprazole

Z. n. endoskopischer Hernioplastik links infolge einer Hernia inguinalis vor 3 Jahren, komplikationslos verlaufen.

Z. n. Lymphknotenextirpation in der linken Axilla vor 8 Jahren. Postoperativ wurde als Komplikation ein Ödem am linken Arm festgestellt.

Arterielle Hypertonie - Valsartan 80 mg + Amlodipin 5 mg

Allergien:

Symptome traten auf, als sein Sohn einen Hund hatte; deshalb müssen sie den Hund abgeben.

Hausstaubmilben: Rhinokonjunktivitis

Insektengiftallergie (Bienen- und Wespenstich) mit anamnestisch anaphylaktischem Schock. Der Patient führt ein Notfallset mit sich (EpiPen®).

Familialanamnese:

Zwillingschwester-leide an Adipositas

Vater: Katarakt (Grauer Star), Behandlung: Linsenimplantation

Beim Vater wurde die Aortenklappe ersetzt. Der Eingriff erfolgte über die Leiste.

Diese Operationsmethode wird als Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) bezeichnet.

Das jüngste Kind vom Patienten leidet aber an Mukoviszidose.

Der Vater erlitt im Alter von 67 Jahren eine Gehirnblutung aufgrund eines Aneurysmas, das operativ mittels Clipping versorgt wurde. Er befindet sich derzeit in einem Hospiz und leidet an einer Hemiparese.

Fragen

1. Was versteht man unter einem epileptischen Anfall?

Ein epileptischer Anfall ist eine plötzliche, vorübergehende Funktionsstörung des Gehirns, die durch unkontrollierte elektrische Entladungen von Nervenzellen entsteht. Er äußert sich z. B. durch Zuckungen, Bewusstseinsverlust, Sinnesstörungen oder Verhaltensänderungen.

2. Was versteht man unter Triggerfaktoren bei Epilepsie, und welche kennen Sie?

Triggerfaktoren sind auslösende Reize oder Bedingungen, die epileptische Anfälle begünstigen oder auslösen können. Bekannte Triggerfaktoren bei Epilepsie sind: Schlafmangel, Stress, flackerndes Licht (z. B. bei Bildschirmarbeit), Alkohol, fieberhafte Infekte, hormonelle Veränderungen sowie bestimmte Medikamente wie trizyklische Antidepressiva und Neuroleptika.

3. Was bedeutet es, wenn die Patientin erstarrt ist?

„Die Patientin ist erstarrt“ bedeutet, dass sie plötzlich bewegungslos und starr wurde – oft als Zeichen eines tonischen Anfalls oder einer psychogenen Reaktion.

4. Was braucht man bei der neurologischen Untersuchung?

- eine Stimmgabel (für Vibrationsempfinden)
- ein Reflexhammer (zur Prüfung der Muskeleigenreflexe)
- eine Taschenlampe (für Pupillenreaktion)
- ein Wattestäbchen oder Pinsel (für Berührungsempfinden)
- ein Ophthalmoskop

5. Wie kann man die Empfindlichkeit zwischen zwei Punkten überprüfen?

Mit einem sogenannten Weber-Tastzirkel (Zweipunktzirkel) prüft der Arzt, ob der Patient zwei eng benachbarte Reize noch als getrennt wahrnimmt – das nennt man Zweipunktdiskrimination. Die Untersuchung erfolgt, indem der Arzt beide Spitzen des Zirkels gleichzeitig auf die Haut aufsetzt und den Abstand schrittweise verringert, bis der Patient nur noch einen Punkt spürt.

18 Epilepsie

6. In welchen Fällen ist bei Epilepsie eine CT-Untersuchung indiziert?

- MRT ist nicht sofort verfügbar.
- ein akuter wird Notfall vermutet (z. B. Blutung, Tumor, Hirnödeme).
- ein fokales neurologisches Befund vorliegt.

7. Würden Sie die Blutglukose bei einem epileptischen Anfall bestimmen lassen, auch wenn der Patient kein Diabetiker ist? Warum?

Ja, denn eine Hypoglykämie kann einen Anfall auslösen – unabhängig davon, ob ein Diabetes bekannt ist oder nicht. Sie kann grundsätzlich bei jedem Menschen auftreten, insbesondere bei dieser Patientin, da sie einerseits gestern übermäßig Alkohol konsumiert hat und andererseits nicht gefrühstückt hatte. Beide Faktoren begünstigen das Auftreten einer Hypoglykämie.

8. Was muss vor einer Liquoruntersuchung beachtet werden?

Vor einer Liquoruntersuchung muss der Hirndruck – z. B. mittels kranialer CT oder Funduskopie – ausgeschlossen und der Gerinnungsstatus geprüft werden.

9. Was ist CED und welche Typen gibt es?

CED steht für chronisch-entzündliche Darmerkrankungen. Die zwei Hauptformen sind:

- Morbus Crohn – betrifft den gesamten Verdauungstrakt in diskontinuierlichen Abschnitten
- Colitis ulcerosa – betrifft ausschließlich den Dickdarm, meist beginnend im Rektum, in kontinuierlichem Verlauf

Beide Erkrankungen verlaufen schubweise und äußern sich typischerweise durch Durchfall, Bauchschmerzen und teilweise Gewichtsverlust.

Die Diagnose erfolgt in der Regel durch eine Endoskopie bzw. Koloskopie mit Biopsie.

19 Epilepsie

10. Ist Mukoviszidose vererbbar, wie ist die Prognose und Lebenserwartung, worin besteht das Hauptproblem dieser Erkrankung, wo genau bildet sich das zähe Sekret in der Lunge, und welche Entzündungen treten häufig auf?

Ja, Mukoviszidose ist eine autosomal-rezessiv vererbte Stoffwechselerkrankung. Das Hauptproblem ist die Bildung von zähem Schleim, besonders in der Lunge und im Verdauungstrakt.

Der Schleim sammelt sich vor allem in den Bronchien.

Häufige Komplikationen sind rezidivierende bakterielle Bronchitiden und Pneumonien.

Die Prognose hat sich durch moderne Therapien deutlich verbessert; die Lebenserwartung liegt heute bei über 40 Jahren.

11. Bei welchen Erkrankungen können ähnliche Symptome wie beim Colon irritabile auftreten?

Ähnliche Symptome können bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (z. B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa), Nahrungsmittelunverträglichkeiten (z. B. Laktoseintoleranz), Zöliakie, bakterieller Fehlbesiedlung, Schilddrüsenerkrankungen oder Tumoren im Gastrointestinaltrakt auftreten. Eine genaue Abklärung ist daher wichtig.

Die **Schüttellähmung** ist ein veralteter, umgangssprachlicher Begriff für den Morbus **Parkinson**.

[youtube.com/@Fach.Leiter](https://www.youtube.com/@Fach.Leiter)

t.me/Fachleiter

t.me/Fachleiterinfo

fachleiterinfo@gmail.com

[instagram.com/fachleiterinfo](https://www.instagram.com/fachleiterinfo)

[tiktok.com/@fachleiter](https://www.tiktok.com/@fachleiter)