

Predicting long-term seizure outcome after resective epilepsy surgery: The multicenter study

Autoren:

Spencer SS, Berg AT, Vickrey BG, Sperling MR, Bazil CW, Shinnar S, Langfitt JT, Walczak TS, Pacia SV; Multicenter Study of Epilepsy Surgery Neurology 2005;65(6):912-8

Referent: Dr. med Dipl. Psychol. A. Ebner



gute Arbeit mit allerdings etwas geringem Innovationscharakter

Zusammenfassung:

Fragestellung: Das Ziel dieser multizentrischen Beobachtungsstudie war, Wahrscheinlichkeit und Prädiktoren für eine 2-Jahres-Remission zu erfassen bzw. das Risiko von Anfallsrezidiven nach epilepsiechirurgischen resektiven Eingriffen zu überprüfen.

Hintergrund: Auch wenn die Effektivität epilepsiechirurgischer Eingriffe mittlerweile zweifelsfrei belegt ist besteht dennoch ein Bedarf an Studien mit größeren Patientenzahlen, um bessere Prädiktoren für einen Erfolg dieser Methode zu finden. Die Erwartungshaltung von Patient und Arzt gegenüber dieser Therapieform ist hoch und von daher die Enttäuschung auch entsprechend ausgeprägt, wenn sich der erhoffte Erfolg nicht einstellt. Es ist deswegen außerordentlich zu begrüßen, wenn sich weitere Studien dem Problem der Prädiktoren für das Anfalls-outcome widmen.

Patienten und Methodik: In die Studie wurden 396 operierte Patienten aus sieben renommierten amerikanischen Epilepsiechirurgie-Programmen aufgenommen. Die untere Altersgrenze betrug 12 Jahre. In den Zentren fanden eine standardisierte präoperative Evaluierung, Behandlung und Nachbeobachtung statt. Anfallsremission wurde als 2-jährige Freiheit von Anfällen definiert, wobei Auren akzeptiert wurden. Als Anfallsrezidiv galt jeder Anfall nach einer 2-jährigen Remission. Als Variablen untersuchten die Autoren die Art des chirurgischen Eingriffs, Anfallstyp, klinische und demografische Variablen sowie Untersuchungsergebnisse hinsichtlich der Lokalisation im Hinblick auf eine Prädiktion von Anfallsfreiheit bzw. Anfallsrezidiven

Ergebnisse: Von den 396 operierten Patienten konnten Daten von 339 über zwei Jahre hin verfolgt werden. 223 (66 %) Patienten erfuhren eine 2-Jahres-Remission, wobei die Erfolgsrate bei medialen Temporallappen-Epilepsien bei 68 % und bei neokortikalen Eingriffen bei 50 % lag. Eine multivariate Analyse ergab zwei prädiktive Faktoren: das Fehlen von generalisierter tonisch-klonischen Anfällen und der Nachweis einer Hippokampus-Atrophie korrelierten signifikant mit Anfallsremission. Dieses Ergebnis zeigte sich ausschließlich in der Patientengruppe mit mesialer Temporallappen-Epilepsie. 55 Patienten hatten ein Anfallsrezidiv nach einer 2-jährigen Remission, wobei wiederum kein signifikanter Unterschied zwischen medial-temporalen und neokortikalen Resektionen auftrat. Als Prädiktor für ein Anfallsrezidiv fand sich – wiederum nur bei der Gruppe der medialen Temporallappen – eine Verzögerung bis zum Erreichen der 2-Jahres-Remission, also fehlende initiale Anfallsfreiheit. Schlussfolgerung: Hippokampus-Atrophie und Fehlen generalisierter tonisch-klonischer Anfälle in der Vorgeschichte zeigten sich als alleinige Prädiktoren für eine 2-Jahres-Remission und dies nur für die Gruppe mit medialer Temporallappen-Epilepsie.

Kommentar: Ein Verdienst dieser Veröffentlichung besteht sicher darin, dass es gelang, eine hohe Fallzahl aus sieben verschiedenen Zentren zu rekrutieren und sie nach einheitlichen Standards zu untersuchen, zu operieren und nachzubeobachten. Die Ergebnisse für Anfallsfreiheit, definiert als 2-Jahres-Remission, liegen im Bereich der in den meisten neueren Studien veröffentlichten Ergebnisse. Überproportional repräsentiert sind mesiale Temporallappen-Epilepsien die 88 % der untersuchten Population ausmachten. Mit etwas

Verwunderung wurde von den Autoren selbst konstatiert, dass sich als Prädiktoren für ein günstiges Anfalls-outcome im Sinne einer 2-Jahres-Remission lediglich das Fehlen von generalisiert tonisch-klonischen Anfällen in der Vorgeschichte sowie der Nachweis einer Hippokampus-Sklerose zeigten. Andere günstige Prädiktoren, die in mehreren Studien, allerdings mit geringerer Fallzahl, herausgearbeitet wurden, wie z.B. Konkordanz bildgebender und elektrophysiologischer Befunde zeigten keinen signifikanten Einfluss. Es bleibt somit offen, ob mit größerer Fallzahl sich solche Einflussgrößen verflüchtigen oder ob doch unterschiedliche Vorgehensweisen in unterschiedlichen Zentren hierbei eine Rolle spielen. In mehreren Studien zeigte sich als Ergebnis, dass für Langzeitremissionen über zwei Jahre hinaus andere Variablen prädiktiv sein können als für das 2-Jahres postoperative Ergebnis. Es bleibt zu hoffen, dass es den Autoren gelingt, ihre Kohorte weiter zu beobachten und Ergebnisse auch nach fünf und mehr Jahren postoperativen Verlaufes zu berichten.

