

5 Zusammenfassung

Von Mai 1990 bis August 2003 wurden 73 Patienten (45 < 3, 21 zwischen 3 und 14, 7 > 14 Jahre) mit pharmakoresistenter Epilepsie und Hemiparese sowie mentaler Retardierung in dem Epilepsie-Zentrum Bethel (Mara und Gilead) diagnostiziert und hemisphärektomiert. Durch die retrospektive Analyse der Fälle erfolgt ein Vergleich der funktionellen Hemisphärektomie mit der peri-insulären Hemisphärotomie. Die OP-Indikation wird im Rahmen der interdisziplinären Fallkonferenz gestellt. Das Patientengut besteht aus 44 Patienten mit angeborenen Endwicklungs-Fehlbildungen (25 Hemimegalencephalien, 14 Kortikale Dysplasien und 5 Sturge-Weber-Syndrom) und 29 mit erworbenen Erkrankungen (14 encephaloklastischen Läsionen, 12 Rasmussen-Encephalitis) und wird anhand der Operationstechnik in die Gruppe A (28 Patienten) der funktionellen Hemisphärektomie und die Gruppe B (45 Patienten) der peri-insulären Hemisphärotomie unterteilt. Es wird festgestellt, dass die Technik der peri-insulären Hemisphärotomie eine schnellere, präzisere und effizientere chirurgische Methode ist, die mit geringerem Blutverlust, insbesondere bei der Diagnose-Gruppe der encephaloklastischen Läsionen einhergeht. Die Rate der inkompletten Deafferenzierung fiel in der Gruppe A dreimal höher aus als in der Gruppe B. Die Letalität der Serie beträgt 2,7%. (2/28 der Gruppe A und 0/45 der Gruppe B). Die Ergebnisse bezüglich der Epilepsie-Kontrolle zeigen bei 71,8% der Patienten Anfallsfreiheit oder fast Anfallsfreiheit (Engel I und II) und bei weiteren 18,3% der Patienten eine lohnende Verbesserung. Bei dem Vergleich der zwei Gruppen untereinander bezüglich der Anfallsfreiheit wird eine Verbesserung der Ergebnisse in der Gruppe der über eine Hemisphärotomie operierten Patienten registriert. Die peri-insuläre Hemisphärotomie erscheint deshalb eine positive Weiterentwicklung der funktionellen Hemisphärektomie zu sein. Die peri-insuläre Hemisphärotomie ist, wie diese Arbeit zeigt, auf alle hemisphärischen Epilepsien applizierbar und führt mit einer dynamischen Balance zwischen Resektion und Deafferenzierung zu besseren chirurgischen und klinischen Ergebnissen. Eine frühe Operation bis zu einem Alter von 3 Jahre ist anzustreben und kann durch die neuronale Plastizität eine bessere Entwicklung der Kinder ermöglichen.