

Humanitäre Hilfe Landsberg

Hôpital Protestant de Ndoungué

Einsatzbericht Matthias Bacher (Neurologe, Epileptologie, Oberarzt im Epilepsiezentrum Kork)

14.11.bis 5.12.2013

Mein erster Einsatz in Ndoungué, nachdem ich im April bereits einen Tag lang zum Kennenlernen dort war. Insgesamt seit 2010 mein 7. Aufenthalt in Cameroun, die ersten 6 allerdings rein privat, ohne humanitären Hintergrund.

Aufenthaltszeiten in Ndoungué :

Dienstag 19.11. bis Donnerstag 21.11. und Sonntag 24.11. bis Freitag 29.11.2013

Arbeitsbedingungen :

Diese waren bereits im Juni von Kristina Boldt geschaffen worden und sind für afrikanische Verhältnisse sehr korrekt : ein Sprechzimmer mit Schreibtisch und Untersuchungsliege, ein zweiter Raum für das EEG, beide sauber, kein schlechter Geruch, kein Schimmel in den Wänden, kein Ungeziefer, mit Waschbecken (fast immer kam Wasser aus dem Wasserhahn). Während der Sprechzeiten kein Stromausfall. Ventilator wegen der Höhenlage von Ndoungué mit entsprechend angenehmem Klima nicht erforderlich.

Ein gespendetes digitales EEG-Gerät (etwas rudimentär, erste Generation, aber funktionsfähig) war bereits vor Ort. Siehe Bericht von Claudia Dzida.

Tätigkeiten :

Neurologisch-epileptologische Sprechstunde an insgesamt 8 Tagen. In dieser Zeit 36 ambulante Patienten. Der Patientenansturm war sehr ungleichmässig verteilt (von 9 gleich am ersten Tag bis 0). Ca 2/3 Epilepsien, davon einige Kinder, das kleinste 6 Monate. Ansonsten Kopfschmerzen, Lumboischialgien, fibromyalgieartige Beschwerdekompexe (« mal des nerfs », in Afrika offensichtlich für jeden ein Begriff), eine Gesichtsdystonie, ein Fall von Karpopedalspasmen bei Hypocalciämie, ein Fall einer nicht vertebrogenen Ischiasirritation (Glutealabszess?)

Neurologische konsiliarische Mitbetreuung von 8 stationären Patienten (Epilepsien, schweres SHT, iatrogene Femoralisläsion)

EEGs bei ca 6 Patienten.

Zusammen mit Claudia Dzida (die als EEG-Assistentin parallel mit mir in Ndoungué war) Einarbeitung und Schulung von 2 einheimischen Krankenschwestern (Philouette und Rachel) in die Anfangsgründe der EEG-Ableitung.

Tägliche Begleitung von Berndt Dietz bei der morgendlichen Chirurgenvisite und bei Einzelgesprächen mit Patienten (Dolmetscherdienste)

Einige noch vorläufige und subjektive Beobachtungen und Einschätzungen:

Um in Ndoungué epileptologisch-neurologisch sinnvoll und befriedigend arbeiten zu können, muss man sich mit den Patienten auf Französisch unterhalten können.

Epilepsien sind wohl häufiger als in Europa, jeder Camerouner hat schon einen Grand mal - Anfall gesehen und kennt im Dorf, in der Familie oder in der Nachbarschaft Epilepsiekranken.

In der Mehrzahl, soweit aus dem klinischen Bild zu erschliessen, sind es strukturelle Epilepsien aufgrund anzunehmender residueller Läsionen.

Im Gegensatz zu einer europäischen Epilepsiesprechstunde wurde mir kein einziger Fall von komplex-partiellen (dyskognitiven) Anfällen berichtet, und die idiopathischen Epilepsien waren auffallend unterrepräsentiert.

Es ergab sich auch nie der Verdacht auf psychogene Anfälle.

Die Schilderungen der Grand-mal-Anfälle sind sehr klar und suggestiv.

Alle Fälle von Epilepsie waren nach europäischen Standards unterdiagnostiziert, ganz selten war irgendwann einmal ein EEG oder ein CT gemacht worden.

Ca die Hälfte hatte noch nie eine antiepileptische Behandlung oder hatte eine solche nur vorübergehend gehabt.

Nur zwei oder drei Patienten waren schon einmal bei einem Neurologen oder einem Neuropädiater gewesen

Die, die Antiepileptica nahmen, waren praktisch alle unterdosiert (klassische Dosierung : Carbamazepin 200 mg einmal täglich oder Phenobarbital 100 mg tgl) und nahmen nicht selten die Medikamente nur dann ein, wenn die finanzielle Situation es erlaubte.

Als Antiepileptica eingenommen wurden Carbamazepin (200 mg Tbl, nicht retardiert), Phenobarbital oder Gardenal, 50- und 100 mg Tbl, selten Valproinat (Depakine) oder Phenytoin.

Was in den Tabletten wirklich drin ist, sei dahingestellt, eine von Kristina Boldt im Juni mitgebrachte und im Labor des Epilepsiezentrums Kork analysierte als Phenobarbital deklarierte Tablette enthielt jedenfalls kein Antiepilepticum.

Die Krankenhaus-Apotheke hält lediglich Phenobarbital und Carbamazepin 200 mg Tbl (von in Europa nicht bekannten Herstellern) vor, ausserdem für die Notfalltherapie Diazepam – Ampullen.

Über die Antiepileptica, die in den Apotheken in der Stadt zu bekommen sind, über verfügbare okzidentale Markenpräparate und über deren Preis habe ich noch keine ausreichende Kenntnis. Alle neuen Antiepileptica (vom Lamotrigin an) sind auf jeden Fall nur in Douala oder Yaoundé zu kriegen und vermutlich unerschwinglich.

Apparative Diagnostik ist nur in seltenen Fällen für die Patienten erschwinglich. Ein **CT** kostet 100 000 CFA (und Anreise über 100 km). Für ein **MRT** müsste der Patient nach Douala oder Yaoundé, den Preis mag man sich gar nicht vorstellen.

Da die Vorgeschichte aber eigentlich immer zeigt, dass es sich um residuelle nicht progrediente Läsionen handeln muss, und da die Antiepilepticatherapie einer strukturellen Epilepsie von der Ätiologie ziemlich unabhängig ist, ist man trotzdem therapeutisch handlungsfähig.

Selbst das **EEG**, dessen Preis ich mit Dr. Djomou auf 7500 CFA heruntergehandelt habe,

war für viele Patienten unerschwinglich oder eine sehr hohe finanzielle Belastung (7500 CFA sind 4 Tagelöhne eines Maurers) sodass ich nur in den Fällen darauf bestanden habe, wo es für die Festlegung der Therapie unbedingt erforderlich war (z. B. in einem Fall von vermuteter idiopathischer Epilepsie, was sich dann auch im EEG bestätigt hat).

Blutspiegelbestimmungen sind in Ndoungué nicht möglich, der Erfahrene kann aber meist auch ohne auskommen.

« Glücklicherweise » ist bei dem bestehenden kolossalen treatment gap das Niveau der Fragestellungen sehr basal, und pragmatischerweise kann man bei entsprechender Erfahrung in Epilepsiebehandlung allein mit Anamnese und neurologischer Untersuchung in einer Mehrzahl der Fälle eine Ausgangsbasis für eine begründbare und sinnvolle therapeutische Intervention gelegt werden (überhaupt mit Antiepileptica beginnen oder die Dosis steigern oder umsetzen im Rahmen der verfügbaren Medikamente).

Bei der **Verschreibung von Antiepileptica** muss aber immer die finanzielle Seite mitbedacht und offen angesprochen werden :

Eine sinnvolle Dosis von Carbamazepin kostet mindestens 6300 CFA pro Monat, und das auf unabsehbare Zeit (zum Vergleich : Tageslohn eines Maurers 1500 bis 2000 CFA, und davon muss die ganze Familie leben, und mit der legendären Solidarität der afrikanischen Familien ist es in der Realität zumindest in Cameroun leider nicht so weit her).

Phenobarbital ist billiger : 1350 bis 1800 CFA pro Monat.

Die Apothekenpreise von Valproinat (Depakine) kenne ich noch nicht.

Das aus pharmakokinetischen und Verträglichkeitsgründen ideale Medikament für Afrika ist Levetiracetam (Original : Keppra). Da es vor Ort schwer zu kriegen und unbezahlbar ist, bleibt nur die Lösung, es der Krankenhausapotheke als Spende zur Verfügung zu stellen und es den Patienten zum Preis von Carbamazepin oder, besser, von Phenobarbital zu verkaufen.

(Ein erster Vorrat von ca 1000 Tagesdosen ist bereits deponiert, «3-4 Levetiracetam-Behandlungen habe ich bereits begonnen).

Zur Verfügung stehen sollten ausserdem : Phenobarbital, Phenytoin, retardiertes Carbamazepin, retardiertes Valproinat, Clobazam, Lorazepam buccal.

Erst einmal wenig geeignet bzw verzichtbar für Afrika sind (von den sonst noch in Europa gängig verordneten Medikamenten): Oxcarbazepin, Lamotrigin, Topiramate, Zonisamid, Gabapentin, Lacosamid.

Die **psychosozialen Probleme** der Epilepsiekranken (Einschränkungen bei der selbständigen Lebensführung, Schule, Ausbildung, Familiengründung) sind die gleichen wie in Europa.

Mythisch-aber gläubische Vorstellungen (Verhexung, Ansteckung...) wurden von Seiten der Patienten mir gegenüber nur ein Mal angesprochen, ich habe aber aktiv nicht danach gefragt. Derartige Vorstellungen seien im Rückzug begriffen, sagen mir meinen einheimischen Gewährsleute, vielleicht will man sich aber auch vor dem Europäer, dessen herablassend-abschätziges Urteil über solche Vorstellungen man ja kennt, nicht blamieren.

Ob die Patienten und Angehörigen die Erklärungen verstanden haben, die ich Ihnen zur

Epilepsie so gegeben habe, wie ich es auch in Europa tue, kann ich erst einmal nicht einschätzen.

Insbesondere weiss ich noch nicht, was für anatomische und physiologische Basiskenntnisse man in Cameroun hat und inwieweit traditionelle Vorstellungen von Körper und Geist dazu führen, dass die von mir verwendeten Begriffe möglicherweise anders verstanden werden.

Bei der Anamneseerhebung ein Problem ist das z.T. geringe Bildungsniveau mit entsprechend niedriger Sprachkompetenz auf Französisch.

Schwierig bis unmöglich ist es oft, auf für Europäer so unendlich wichtige quantifizierende Fragen (Wieviel Anfälle in welchem Zeitraum ? Wann war der letzte Anfall ?) die nach europäischen Kriterien adäquate Antwort zu bekommen.

Überhaupt begreift man oft nicht, warum Fragen, die man für einfach und eindeutig hält, offensichtlich nicht verstanden werden.

Es ist sehr anrührend zu sehen, dass die Patienten und ihre Angehörigen mit grossem Respekt (man wird mit papa oder père angesprochen) und Hoffnung in die Sprechstunde kommen, und es tut weh zu wissen, dass man einem Teil der Erwartungen nicht gerecht werden können.

Meine Vorstellung, wie es weitergehen könnte :

Ich habe vor, bis auf weiteres jährlich wenn irgend möglich zweimal immer zu etwa derselben Zeit (Mai, November ?) für 2 Wochen (also insgesamt ca 8 - 10 Sprechtage) in Ndoungé zu sein.

Es wäre sinnvoll, wenn diese Zeiten lange im Voraus bekannt sind, ich könnte dann bereits wie in Europa Kontrolltermine vergeben

Regelmässigkeit und Häufigkeit werden die jeweils kurze Dauer meiner Einsätze kompensieren.

Ich würde dann jeweils neue Patienten konsultieren und die bereits bekannten zu Kontrolluntersuchungen sehen.

Die gleichzeitige Anwesenheit von zwei neurologischen Kollegen in Ndoungé ist nicht sinnvoll. Aber Arbeit wäre sicher genug vorhanden, wenn andere Kollegen zwischen meinen Einsätzen nach Ndoungé gehen. Insbesondere würde ich das Feld der Allgemeinneurologie gerne anderen Kollegen überlassen und mich auf mein Spezialgebiet beschränken.

Während der Zeiten, wo ich nicht in Ndoungé bin, stehe ich Dr. Djomou per Mail und Telefon als Berater zur Verfügung (ich habe mir von allen Patienten ein Dossier angelegt, auf das ich in Deutschland jederzeit zurückgreifen kann).

Es würde mich sehr interessieren, das nächste Mal für die Bevölkerung einen Vortrag über Epilepsie zu halten, am ehesten in einer Kirche (die Details sind noch zu regeln).

Die EEG-Schulung von Philouette und Rachel wird weitergeführt werden. Längerfristig wäre es sinnvoll, wenn Rachel für einige Woche zu einem EEG-Praktikum (auf Französisch) nach Kork kommen könnte (oder ins CHU Strasbourg?)

In meiner Abwesenheit ist es derzeit m.E. noch nicht sehr sinnvoll, dass EEGs angefertigt werden, da diese vor Ort noch von niemandem beurteilt werden können. Rein theoretisch könnte Dr. Djomou mir Screenshots von EEG-Seiten als Anhang an Emails zur Beurteilung schicken.

Ich werde versuchen, eine grössere Menge von Levetiracetam als Spende von den Pharmafirmen zu bekommen, das Medikament wird in der Krankenhausapotheke Ndoungué gelagert und zum Preis von Carbamazepin oder, noch besser, von Phenobarbital, abgegeben werden.

Es wäre ebenfalls wünschenswert, auf dem gleichen Weg einen Vorrat an Phenytoin, Phenobarbital, retardiertem Carbamazepin, retardiertem Valproinat, Clobazam und Tavor expidet von europäischer Qualität in der Krankenhausapotheke zu haben.

Längerfristig muss vor Ort einheimische ärztliche epileptologische und EEG-Kompetenz entstehen. Hierfür habe ich noch kein Konzept. Aber Rom wurde auch nicht an einem Tag erbaut. Dies wird ein Thema sein, das mit Dr Djomou das nächste Mal zu besprechen wäre.

Gleiches gilt für Epilepsie-Workshops für die Ärzte der umliegenden Kliniken.

Matthias Bacher
8.12.2013