

## Humanitäre Hilfe Landsberg

### Hôpital Protestant de Ndoungué (HPN)

#### Projekt Epilepsie/Neurologie

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

**17.11.bis 28.11.2014**

Nach nunmehr 3 Einsätzen im HPN (November/Dezember 2013, April 2014, November 2014) betrachte ich die Explorationsphase des Epilepsie-/Neurologie-Projekts als abgeschlossen.

Insgesamt hatte ich bei den 3 Einsätzen an 22 Tagen Sprechstunde und habe dabei 85 Patienten gesehen.

29 Epilepsie

4 Epilepsie-Differentialdiagnosen (psychogene Anfälle, Synkopen etc)

52 andere im weiteren oder engeren Sinn neurologische Erkrankungen

Bei den **Epilepsien** handelt es sich den klinischen Kriterien nach fast ausschliesslich um länger bestehende Grand-mal-Epilepsien mit zu vermutender fokaler residueller Ätiologie.

Andere Anfallsformen als Grand mal und einfach-fokal motorische Anfälle (wo sind die komplex-fokalen Anfälle in Kamerun?) wurden mir kaum jemals berichtet. Temporallappenepilepsien und idiopathische generalisierte Epilepsien (z.B. Aufwach-Grand mal) waren vgl mit Deutschland stark unterrepräsentiert. Werden unter dem dominierenden Eindruck der infolge endemischer Unterbehandlung sehr häufigen Grand mal-Anfälle die anderen Anfallsarten gar nicht als krankhaft oder epileptisch wahrgenommen?

Ausser 2 Kindern (das kleinste 6 Monate mit West-Syndrom bei Tuberöser Sklerose) waren alle Epilepsie-Patienten erwachsen.

Zum ausreichend sicheren Ausschluss einer evolutiven und behandlungsbedürftigen Grundkrankheit (Hirntumor, limbische Encephalitis...) reichte in allen Fällen die Anamnese und die neurologische Untersuchung bzw Verlaufskontrolle. Bildgebung ist verzichtbar, da unter den kameruner Bedingungen ohne Einfluss auf Indikation und Art der Antiepileptica-Therapie und ausserdem für die Patienten unerschwinglich (ein CT kostet ein Monatsgehalt, an den Preis eines MRT wagt man gar nicht zu denken, und

um Epilepsiechirurgie geht es in Kamerun erst einmal noch lange nicht).

Die **EEG**-Maschine funktioniert, nach der Schulung von Philouette und Rachel durch Claudi Dzida vor einem Jahr hat Philouette im April allein einige passable EEGs geschrieben. Sie ist nun aber nicht mehr im HPN und von Rachel kam jetzt trotz verbaler Interessensbekundung keine Initiative, so dass ich dieses Mal ohne EEG auskommen musste. Allerdings war bei keinem meiner Epilepsiepatienten vom November 2014 wirklich eines erforderlich. Ich kann immer nur betonen, dass bei der Kameruner Problemlage (endemische Unterversorgung der Epilepsiekranken) das EEG nur selten wirklich nötig ist für den, der von Epilepsie etwas versteht, und die durchweg armen Patienten für eine letztlich nicht wirklich erforderliche Untersuchung abzukassieren ist unververtretbar.

In diesem Punkt habe ich der Begeisterung der ärztliche Kollegen des HPN, die ganz begierig darauf waren, das EEG zu lernen, eine kalte Dusche verpassen müssen. Die Prioritäten sind nun mal anders gelagert.

Zur **Antiepileptica-Behandlung** zur Verfügung stehen Phenobarbital 100 mg Tabletten (das wohl zuverlässigste französische Gardenal, sowie höchst zweifelhafte Generica) und nicht retardiertes Carbamazepin in 200mg – Tabletten, beides können die Patienten in der Krankenhausapotheke kaufen. Valproinat hatte die Krankenhausapotheke diesmal nicht auf Lager. Es ist aber in den Apotheken in der Stadt in Form von Depakine erhältlich.

Aktuelle Monats-Therapiekosten :

Gardenal 100 mg tgl : 1800 CFA, Carbamazepin 600 mg tgl 4500 CFA, Depakine 1000 mg tgl 10000 CFA (zum Vergleich : wer 100000 CFA pro Monat verdient preist sich bereits glücklich und lebt trotzdem ab Monatsmitte auf Kredit).

Ich habe der Krankenhausapotheke einen grösseren Vorrat an Levetiracetam zur Verfügung gestellt und mit der ärztliche Leitung besprochen, die übliche Tagesdosis von 1000 mg zum gleichen Preis wie 100 mg Phenobarbital abzugeben.

Wenn dies so umgesetzt und Levetiracetam somit für die Patienten erschwinglich ist, wird Levetiracetam mit Sicherheit das Antiepilepticum sein, mit dem ich am meisten arbeite werde.

Begründung : Breitbandantiepilepticum für alle Formen der Epilepsie, einfache Anwendbarkeit, keine Laborkontrollen erforderlich, keine Interaktionen, z.B. mit dem gängigen Malaria-Mittel Malacur (Artemisin-Piperaquin-Kombination), das den Carbamazepin-Spiegel massiv erhöht, günstiges Nebenwirkungsprofil.

Allerdings werde ich den Levetiracetam-Vorrat im HPN über Spenden der Pharmaindustrie und Mitnahme in meinem Gepäck (Pharmaindustrie) auf Stand halten müssen.

Ich schätze, ausgehend von den üblichen Zahlen zum Erfolg von Antiepileptica-Therapie abzüglich der landestypischen widrigen Umstände, dass eine Erfolgsquote (Anfallsfreiheit) von ca 50 % der behandelten Fälle erreicht werden kann.

Dass Epilepsie eine « maladie mystique » ist, die man durch magische Praktiken von übelwollenden Personen angehängt bekommt (maladie lancée), weiss in Kamerun jeder. Das ist aber nicht weiter schlimm, da es die Epilepsiekranken und ihre Angehörigen nicht daran hindert, Hilfe bei der okzidentalen Medizin zu suchen, und da die Erwartungen an das Wissen und die Fähigkeiten der Europäer sehr gross sind und der Erfolg einheimischer Therapien im Allgemeinen nicht wirklich überzeugend war.

Die Bereitwilligkeit der Patienten und Angehörigen, die Erklärungen und Anweisungen des Europäers anzuhören und ihre Umsetzung zuzusichern, ist gross. Man würde sich fast mehr kritische Rückfragen wünschen. Ob meine Erklärungen verstanden wurden und meine Anweisungen auch wirklich langfristig befolgt werden, werde ich bei Kontrolluntersuchungen ja sehen.

Ich sehe bis auf weiters vor, zwei Mal pro Jahr im HPN Sprechstunde anzubieten (5 Tage im April, 10 Tage im November) und dabei jeweils alle in Ndoungué behandelten Epilepsiepatienten routinemässig mindestens 1 mal pro Jahr, möglichst aber 2 mal zu sehen. (Mehr Sprechtage gehen nicht, jeder hat nun mal seine Grenzen.)

Die Mitteilung der Sprechtage erfolgt durch mich per Gruppen-SMS an die Patienten, deren Handy-Nummer ich habe, und an einige Multiplikatoren, sowie durch das HPN über Bekanntgabe in den Kirchen und im örtlichen Radio und durch direkte telefonische Einbestellung durch die Ärzte vor Ort. Das hat dieses Mal recht gut funktioniert.

Sehr wichtig wäre mir, einen Vortrag u.a. mit Videobeispielen von Anfällen für die interessierte Öffentlichkeit zu halten, was zu organisieren die Leitung des HPN versprochen hat. Ich verspreche mir, von den Fragen und Beiträgen des Publikums viel darüber zu erfahren, was man über Epilepsie in Kamerun denkt und weiss.

Diese Thesen und Gedanken habe ich am Ende meines Aufenthaltes in Ndoungué den Ärzten (Dr. Jean Claude Henang, Dr Hervé, Dr. Edith) in einer sehr positiv aufgenommenen Besprechung unterbreitet.

Einverständnis bestand darin, dass lokale epileptologische ärztliche Kompetenz entwickelt werden muss, dass die epileptologischen Konsultationen mittelfristig weitgehend in die Hand der einheimischen Ärzte übergehen sollen und sich meine Rolle zur der des Beraters und Supervisors verändern soll.

Ich werde deshalb ultimativ grössten Wert darauf legen, dass ab dem nächsten Einsatz alle Konsultationen zusammen mit einem einheimischen Arzt erfolgen, und ich werde eine Fortbildung in Epilepsie (z.B. 45 Minuten tgl) anbieten für die Ärzte und das Pflegepersonal.

Wir sprachen darüber, wie die Zahl der in Ndoungué behandelten Epilepsiekranken erhöht und der Bekanntheitsgrad des Epilepsiebehandlungsangebots in Ndoungué gesteigert werden kann. Von einheimischer Seite kam der Vorschlag, in gewissen Abständen Epilepsie-Aktionstage mit kostenloser Konsultation und Medikamentenabgabe anzubieten.

Ich habe die Kollegen im HPN ermuntert, sich selbst an die Behandlung von Epilepsiepatienten zu machen und angeboten, per Telefon oder Mail zur Beratung zur Verfügung zu stehen. Diese Patienten müssen dann aber alle zur Kontrolle in meine Sprechstunde einbestellt werden. Um dies zu erleichtern, sollen alle in Ndoungué behandelten Epilepsiepatienten in einem eigenen Register erfasst werden.

Als meine Ansprechpartnerin im HPN für das Epilepsie-/Neurologie-Projekt wurde Dr. Edith Yemdom Fayem benannt.

Eigentlich war ursprünglich meinerseits ein reines Epilepsieprojekt geplant und das Ziel eines stark Epilepsie-betonen Projektes will ich auch weiterhin verfolgen.

Andererseits kamen 2/3 meiner Patientne wegen **anderer mehr oder weniger neurologischer Krankheiten** :

- ⤴ Die Kombination von Kopfschmerzen, Nackenschmerzen, Rückenschmerzen, Gliederschmerzen, in Kamerun bekannt als « mal des nerfs »
- ⤴ Chronische Zervikal- oder Lumbalsyndrome mit mehr oder weniger radikulären Ausstrahlungen oder Ausfällen.
- ⤴ Spannungskopfschmerzen, Migräne.
- ⤴ Einige ältere periphere Nervenläsionen (z.B. ein bei einer Leistenbruch-Op geschädigter Femoralis, Facialisparese)
- ⤴ Mehrere Fälle von hypokalzämischer Tetanieneigung.
- ⤴ Alte funikuläre Myelose, unter Vit. B12 -Substitution
- ⤴ Tinnitus
- ⤴ Restlegs-legs-Syndrom
- ⤴ Iatrogenes Parkinsonsyndrom durch nicht indizierte Haldol-Therapie
- ⤴ Presbyopsie und andere offensichtliche Refraktionsanomalien
- ⤴ Offensichtliche Depressionen und Somatisierungen

- ⤴ Residuen nach Schlaganfällen oder SHT
- ⤴ Polyneuropathien
- ⤴ Schlafstörungen
- ⤴ Gesichtsdystonie

Angesichts des Fehlens oder der Unerschwinglichkeit jeglicher apparativer Diagnostik und apriori sowieso nicht oder durch die örtlichen Umstände nicht gegebener Therapiemöglichkeiten (es gibt in Ndoungué/Nkongsamba z.B. keine Physiotherapie) ist die Beschäftigung mit diesen Patienten für beide Seiten manchmal recht frustrierend, wobei die Patienten durch die traditionelle Medizin und die im Land praktizierte Spielart der modernen Medizin Enttäuschungen gewohnt sind und fast schon erwarten.

Zur Vermeidung von Überbelastung besteht meinerseits weiterhin das Interesse an Mitarbeit einer neurologischen Kollegin oder eines Kollegen, wobei ich auf die enorme Bedeutung guter Französischkompetenzen hinweisen muss, es kann nun mal im frankophonen Teil von Kamerun, zu dem Ndoungué gehört, kaum jemand Englisch und erst recht niemand Deutsch.

11.12.2014  
Matthias Bacher

