

Erfahrungsbericht

Tropenmedizinischen Fortbildungs-Rundreise in Uganda

Dr. Klaus Pöttgen, Zentrumsleiter Darmstadt und FF-Flughafen

Die Ausbildung für Ärzte auf dem Gebiet der klinischen Tropen- und Reisemedizin ist in Deutschland noch immer unzureichend. Jedes Jahr reisen immer mehr Touristen in die Tropen und Subtropen. Oft ohne Impfschutz und Malariaprophylaxe. Noch immer sterben Tropenrückkehrer an Malaria und anderen tropischen Infektionskrankheiten in deutschen Krankenhäusern, weil die Infektionen von den Ärzten zu spät oder gar nicht erkannt werden. Eine praxisorientierte Ausbildung der Ärzte ist notwendig, um tropische Infektionskrankheiten im Frühstadium zu erkennen und zu therapieren.

„... Schon wieder eine Fortbildung? Mach' doch lieber mal richtig Urlaub...“ Verständnisloses Kopfschütteln bei Kollegen, als ich von meinen Plänen erzähle, an einer tropenmedizinischen Fortbildungsreise nach Uganda teilzunehmen. Doch bereits der Sonnenaufgang über dem Viktoriasee beim Landeanflug auf Entebbe ist so atemberaubend, dass ich sicher bin, die richtige Entscheidung getroffen zu haben. Zwei Wochen werde ich in Uganda mit der Erweiterung meiner Kenntnisse auf dem Gebiet der klinischen Tropen- und Reisemedizin verbringen. Darüber hinaus ist die Teilnahme an dem Kurs für mich als Arbeitsmediziner besonders interessant: Sie gilt als Ermächtigungskriterium zur G 35 Untersuchung.

Seit 1995 führt Kollege Kai Schaefer in Zusammenarbeit mit den Universi-

täten Nairobi und Mbarara für Ärzte und andere medizinische Berufsgruppen „Tropical Medicine Expeditions“ in Kenia und Uganda durch. Sein Erfolgsrezept nach 29 tropenmedizinischen Exkursionen mit über 200 Teilnehmern aus aller Welt hat sich bewährt. Die Teilnehmer erwerben auf den Fortbildungs-Rundreisen nicht nur Kenntnisse über tropische Infektionskrankheiten in verschiedenen Krankenhäusern und Forschungszentren, sondern lernen auch auf epidemiologischen Feldexkursionen ein faszinierendes Land mit einer einzigartigen Flora und Fauna kennen.

Im kolonialen Ambiente der Hotelbar in Kampala findet sich am Anreisetag eine Gruppe von 10 teilnehmenden Ärzten aus den USA, Australien, Kanada, Polen, Russland und Deutschland zusammen. Dr. Schaefer erklärt uns auf Englisch anhand einer

Landkarte die Reiseroute, die uns von der Hauptstadt Kampala zu der Quelle des weißen Nils nach Jinja über die Universitätsstadt Mbarara durch das ostafrikanische Rift Valley bis nach Fort Portal quer durch Uganda führen wird. Ungefähr 1500 km auf asphaltierten Straßen und Sandpisten im Geländewagen, inklusive 2 Äquatorüberquerungen. Zunächst steht jedoch am nächsten Morgen in Kampala ein Besuch im Joint Clinical Research Center (JCRC), ein von amerikanischen und europäischen Universitäten mitfinanziertes HIV/AIDS Forschungsinstitut, auf dem Programm.

Das Bedside-Teaching im JCRC Krankenhaus findet in Kleingruppen statt. Wir sehen Patienten mit Kaposi-Sarkom, Kryptosporidien Durchfall, Kryptokokken-Meningitis und zerebraler Toxoplasmose.

Leider ist die gut ausgestattete 30 Betten-Krankenstation im JCRC für die meisten AIDS Patienten in Uganda unerschwinglich. Ein Bett mit Verpflegung kostet 30 Dollar am Tag - Diagnostik und Therapie nicht inbegriffen. Der durchschnittliche Monatslohn eines Arbeiters in Uganda liegt aber nur bei 100 – 200 Dollar.

Im JCRC Parasitologie Labor erlernen wir die gängigen Nachweismethoden für die opportunistischen Infektionen. Dr. Jason Toth, ein kalifornischer Kinderarzt aus unserer Gruppe, ist vom hohen Standard des JCRC-Labors begeistert.

Dr. Schaefer relativiert aber umgehend: „Wir haben mit dem besten Krankenhaus angefangen, auf dem Land sieht es ganz anders aus.“

Am nächsten Morgen reisen wir von Kampala nach Jinja durch ein Gebiet, in dem die Schlafkrankheit endemisch ist. Nach einer Vorlesung von Professor Muzaya über die afrikanische Trypanosomiasis machen wir Visite im katholischen Nyenga Missionskrankenhaus in Jinja am Viktoriasee. Wir sehen Trypanosomiasis-Patienten und diskutieren am Krankenbett mit Professor Muzaya über die Vor- und Nachteile der Melarsoprol Therapie, einem sehr toxischen Arsenpräparat. Abschließend sagt er: „Immer häufiger werden auch Touristen von der Tse-Tse Fliege in ostafrikanischen Nationalparks gestochen. Differenzial-diagnostisch muss man bei Tropen-rückkehrern mit



Abb. 1: Differenzialdiagnostik im Feldlabor.

Fieber neben Malaria auch an die Schlafkrankheit denken, wenn sie in den entsprechenden Endemiegebieten waren.“

Beide Krankheiten können im „dünnen Blutaustich“ direkt nachgewiesen werden. Diese Technik erlernen wir in einem Feldlabor (Foto 1). im Rahmen einer epidemiologischen Längsstudie bei Jinja. Sie hat zum Ziel, die Durchseuchung von Malaria und Schlafkrankheit bei Schulkindern zu erforschen.

Der Tag endet mit einer wissenschaftlichen Wanderung durch den Mabira Rain Forest Reserve, in dem wir das Habitat von Antilopen – dem Hauptreservoir der Trypanosomiasis rhodesiense Infektion – kennen lernen. Ein erfahrener Public Health Experte sowie ein Entomologe vom Ministry of

Health in Uganda klären uns während der Exkursion über die Kontrollmaßnahmen auf.

Am nächsten Morgen fahren wir in den Süden und überqueren noch vor Masaka den Äquator. Im Lukaya Health Center, das von der Regierung geleitet wird, hält Dr. Schaefer einen Vortrag über Bilharziose. Aufgrund des hohen Interesses nimmt auch das medizinische Personal des Health Centers an dem Vortrag teil.

Der kleine Krankensaal des Health Centers macht einen erbärmlichen Eindruck. Um die zwanzig Patienten liegen in rostigen Betten oder auf Matratzen direkt auf dem Boden. Fensterscheiben sind zersprungen und der Putz bröckelt von den Wänden. Die Mosquitonetze sind vor Jahren geklaut worden.

Reisemedizin

Angehörige bringen Lebensmittel und helfen bei der Pflege und Versorgung. Es ist nicht die Patientenunterbringung, die mich erschüttert. Weit mehr schockiert mich der Mangel an Medikamenten und diagnostischen Möglichkeiten. Anhand von Anamnese und klinischer Untersuchung wird der überwiegende Teil der Diagnosen gestellt. Gott sei Dank funktioniert ein Mikroskop im Labor, mit dem man zumindest einen Blutaussstrich oder eine Stuhluntersuchung für die Bilharziose-Diagnostik durchführen kann, wenn nicht einmal wieder der Strom ausgefallen ist.

Am Nachmittag schauen wir uns das Leben an einem kleinen Tümpel an. Kinder baden und Frauen waschen die Wäsche. Sie alle befinden sich somit in engem Kontakt mit den Süßwasserschnecken, den Zwischenwirten für *Schistosoma mansoni*, deren Schneckenhäuser wir zu Hunderten am Wegesrand finden. Kein Wunder, dass die Durchseuchung von Bilharziose hier sehr hoch ist (Abb. 2).

Dr. Mugai, der mehrere Jahre in Deutschland praktiziert hat, arbeitet jetzt für das Ministry of Health in Uganda. In seinem Malariavortrag weist er mehrfach darauf hin, dass die Malaria tropica (*Plasmodium falciparum*) ein medizinischer Notfall ist. Die zerebrale Form kann innerhalb von Stunden zum Tod führen. Deshalb sollte ein Arzt in Europa jeden Patienten mit Fieber darauf anspre-



Abb. 2: Kinder baden und Frauen waschen die Wäsche im Fluss. Sie alle befinden sich somit in engem Kontakt mit den Süßwasserschnecken, den Zwischenwirten für *Schistosoma mansoni*. Kein Wunder, dass die Durchseuchung von Bilharziose hier sehr hoch ist.

chen, ob er in den letzten 6 Monaten in den Tropen war. Die neben mir sitzende Laborärztin Anna Wiencek aus Polen meldet sich zu Wort: „Ärzte müssen aber auch im Notfall wissen, welches Labor in Ihrer Nähe in der Lage ist, eine Malaria tropica zu diagnostizieren.“

Wir erleben am nächsten Tag auf der Kinderstation im Fort Portal General Hospital, wie lebensbedrohlich die zerebrale Malaria bei einem 9 Monate alten Säugling sein kann, der mit einem Krampfanfall aufgenommen worden ist (Foto 3/S. 11). Aufgrund des niedrigen Glukosewertes wird er sofort an einem Tropf mit 50% Dextrose gehängt und bekommt Diazepam. Mit einem Paracetamolzäpfchen und fächernden Bewegungen versucht eine Krankenschwester

das Fieber zu senken. Erst danach macht sich Dr. Saiwa daran, den Säugling zu untersuchen und ihm Blut für einen „dünnen Blutaussstrich“ abzunehmen.

„Es ist erst einmal viel wichtiger den lebensbedrohlichen Zustand zu stabilisieren, bevor man an die Diagnose denkt. In den meisten Fällen ist es sowieso Malaria. Trotz allem sollte man auch immer an eine Meningitis denken und eine Lumbalpunktion machen, falls die Malariatherapie nicht anschlägt“, sagt Dr. Saiwa bevor er wieder auf die Notaufnahme gerufen wird.

Während der Regenzeit vermehren sich die Anopheles-Mücken rasant und es kommt zu einem Anstieg der Malaria tropica Fälle in den Kranken-



Abb. 3: Auf der Kinderstation im Fort Portal General Hospital; hier die Aufnahme eines lebensbedrohlich an zerebraler Malaria erkrankten 9 Monate alten Säuglings.

häusern, vor allem auf den Kinderstationen. Bis zu einem Alter von 6 Monaten sind die Säuglinge gegen die Malaria durch mütterliche Antikörper geschützt. Danach fallen diese Antikörper ab und der Säugling muss seine eigene Immunität aufbauen. Die Malaria tropica ist in Afrika bei Kindern unter 5 Jahren immer noch der größte Killer.

Ein positives Zeichen in dieser Hinsicht setzt der Tooro Botanical Garden in Fort Portal, den wir im Rahmen einer Feldexkursion besuchen. Dr. Geoffrey ist ein erfahrener Botaniker und zeigt uns wie die Artemisia annua Pflanze in großem Stil angebaut und dann als Medizin zur Malariabehandlung verarbeitet wird. Artemisia wurde schon vor Urzeiten als Fieber-Heilmittel von chi-

nesischen Kräutersammlern benutzt, geriet dann aber in Vergessenheit und wurde erst 1970 wieder entdeckt, als man das Chinese Handbook of Prescriptions for Emergency Treatments (340 AD) fand.

Mit diesen Erkenntnissen machen wir uns auf die Rückfahrt nach Kampala. Am Vormittag des letzten Tages besuchen wir noch einmal das JCRC Parasitologie-Labor.

Unter der Leitung des erfahrenen Laborarztes Dr. Lubwama und seiner 3 Assistenten werden wir nochmals mit den gängigen direkten Nachweismethoden im Blut (Malaria, afrikanische Trypanosomiasis, lymphatische Filariose), Stuhl (Schistosoma mansoni, Amöbiasis, Giardia intestinalis), Urin (Schistosoma haematobium) und der Haut (Onchozerkose, Lepra) ver-

traut gemacht. Alles Infektionen, die wir vorher in den Krankenhäusern zu Gesicht bekommen haben.

Es fällt mir schwer von den anderen Kollegen Abschied zu nehmen, als mir Dr. Schaefer am Ende der Fortbildungsreise das Zertifikat überreicht. In den 2 Wochen sind wir wie eine Familie zusammen gewachsen. Wir haben 60 CME Stunden auf dem Gebiet der klinischen Tropenmedizin und Reisemedizin in verschiedensten Krankenhäusern und Forschungszentren verbracht. Wir haben auf zahlreichen Exkursionen neben dem ugandischen Gesundheitssystem das Land, die Menschen und eine einzigartige Flora und Fauna kennen und schätzen gelernt.

Kontakt:

Dr. med. Klaus Pöttgen
 Facharzt für Arbeitsmedizin
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Zentrumsleiter Darmstadt,
 Tel.: 06151/ 870 403-12

E-Mail: poettgen@bad602.bad-gmbh.de

Den ausführlichen Reisebericht und weitere Fotos finden Sie in PreSys unter: Erfahrungsbericht nach einer tropenmedizinischen Fortbildungs-Rundreise in Uganda: BAD Intern/Unternehmensbereiche/HR (Human Resources)/Aus- und Weiterbildung. Die nächsten Termine für tropenmedizinische Fortbildungsreisen und die Kontaktadresse von Dr. Kay Schäfer finden Sie in dieser Ausgabe auf S. 27