

Bernhard Oehl^{1,3}, Carmela Wunderlin¹, Comfort Amuzu², Marie-Bosco Heinzmann²

¹ Schweizerisches Epilepsie-Zentrum, Zürich

² Dispensaire Hôtel Dieu, Mome Katihoé, Togo

³ Ortenau Klinikum Offenburg, Deutschland

Danksagung

Durch die Behandlung an der Epilepsieambulanz von Mome Katihoé konnte die Situation der Epilepsiepatienten dort substanziell verbessert werden. Ermöglicht wurde dies durch das Engagement zahlreicher Menschen im Togo und in Leutesdorf, Freiburg und Zürich.

Für weiterführende Informationen:
www.togohilfe-leutesdorf.de

Zusammenfassung

Im tropischen Afrika ist die Prävalenz der Epilepsie doppelt so hoch wie in westlichen Industrieländern. Verschiedene Studien zeigten, dass in dieser Region nur ein kleiner Teil der Patienten eine moderne medizinische Behandlung erhält – mit ungünstigen medizinischen und sozioökonomischen Konsequenzen. Gründe für diese Unterbehandlung sind einerseits der Mangel an ausgebildetem Personal und Medikamenten. Andererseits bewirken traditionelle Krankheitskonzepte, dass medizinische Hilfe als nicht relevant für die Behandlung von Epilepsie eingestuft und darum zunächst erst gar nicht gesucht wird. Vorstellungen, wonach Epilepsie durch Magie verursacht oder durch Körperflüssigkeiten übertragen wird, führen zu einer zusätzlichen Stigmatisierung der Epilepsiepatienten.

Wir beschreiben die Entstehung und Organisation einer Epilepsieambulanz an einem Gesundheitszentrum zur medizinischen Grundversorgung in einem ländlichen Gebiet in Togo.

Epileptologie 2014; 31: 123 – 130

Schlüsselwörter: Epilepsiebehandlung, tropisches Afrika, Behandlungslücke, Traditherapie

Traitement de l'épilepsie à l'Hôtel Dieu de Momé Katihoé, un dispensaire rural au Togo

La prévalence de l'épilepsie en Afrique subsaharienne est deux fois plus élevée que dans les pays industrialisés occidentaux. Différentes études ont montré que dans cette région du monde, seule une petite partie des malades est traitée avec les méthodes de la médecine moderne, les conséquences médicales et socio-économiques étant défavorables.

Cette insuffisance de traitement est due d'une part à un manque de personnel médical et de médicaments. D'autre part, des idées reçues font en sorte que l'aide médicale n'est pas sollicitée car elle n'est pas jugée nécessaire pour le traitement de l'épilepsie. Les idées selon lesquelles l'épilepsie est causée par la magie ou est transmise par les fluides corporels ne font que stigmatiser davantage les patients épileptiques.

Nous décrivons la mise en place et l'organisation d'un service de consultation épileptologique externe dans le dispensaire Hôtel Dieu de Momé Katihoé, dans une région rurale du Togo.

Mots clés : consultation épileptologique externe, Afrique subsaharienne, accès aux soins de base, traitement traditionnel

Treatment of Epilepsy at the Hôtel Dieu in Mome Katihoé, a Primary Health Care Center in a Rural Area of Togo

The prevalence of epilepsy in tropical Africa is double compared to western industrialized countries. Studies in different African countries have shown, that only a small portion of patients was treated. Therefore many suffered from unfortunate medical and socio-economic consequences. This treatment gap is due to practical causes, the lack of trained medical staff and of antiepileptic drugs. Further important reasons for undertreatment of epilepsy in this region are traditional attitudes towards epilepsy and a deficit of knowledge about the disease in the general population and in health care professionals. The causes of epilepsy are supposed as

supernatural. For this reason the illness is thought to be treated primarily by traditional healers. Concepts of epilepsy as contagious by saliva or caused by witchcraft provoke additional stigma.

We describe the history and organization of an epilepsy outpatient service in a primary health care center in a rural area of Togo.

Key words : Epilepsy care, tropical Africa, treatment gap, traditional therapy

Einleitung

Die bekannte Ausgangslage ist bedrückend: Im tropischen Afrika leben einerseits mehr als 4 Millionen Epilepsiepatienten, die Prävalenz der Erkrankung ist etwa doppelt so hoch wie in den westlichen Industrieländern [1 - 4]. Andererseits hat nur ein geringer Teil dieser Patienten Zugang zu einer auch nur basalen Diagnostik und Therapie. Die Konsequenzen sind ungünstige Verläufe der Erkrankung mit einer hohen Mortalität [5, 6]. Erschwert wird diese Situation durch traditionelle Krankheitskonzepte, die die Ausgrenzung und Benachteiligung der Patienten verstärken.

Am Dispensaire Hôtel Dieu, einem Gesundheitszentrum zur Grundversorgung der lokalen Bevölkerung, werden seit 2004 zahlreiche Epilepsiepatienten auch aus dem weiteren Umland kontinuierlich behandelt. Im folgenden Artikel wird retrospektiv beschrieben, wie diese Behandlung einschliesslich eines digitalen EEGs und fachneurologischer Konsultation organisiert wurde. Darüber hinaus wird die Rolle der traditionellen Medizin beleuchtet, die bei unseren Patienten, wie generell im tropischen Afrika, eine wichtige Rolle spielt [7 - 9]. Die Informationen über die Vorbehandlung unserer Patienten mit Traditherapie waren im Rahmen eines Interviews nach Einholung des Einverständnisses gesammelt worden.

Das Dispensaire Hôtel Dieu von Mome Katihoé

Mome Katihoé, etwa 40 km vom Golf von Guinea entfernt und zwischen den Kleinstädten Tablibo und Amegnan gelegen, ist ein Konglomerat von Dörfern und Weilern mit zusammen 10'000 erwachsenen Einwohnern. Im Zensus im Togo werden nur die Erwachsenen gezählt, über 50 % der Bevölkerung sind jünger als 18 Jahre, so dass von etwa 20'000 Einwohnern auszugehen ist. Vor der Gründung des Gesundheitszentrums 2004 mussten sich diese Menschen bei Gesundheitsproblemen in das staatliche Krankenhaus von Tablibo oder das Ordenskrankenhaus von Afagnan begeben. Die Entfernungen und die schlechten Strassen bei fehlenden öffentlichen Verkehrsmitteln stellen eine Hürde für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen dar (**Abbildung 1**), die hohen Kosten einer Hospitalisation

bei nahezu völligem Fehlen einer Krankenversicherung die zweite Hürde. In der Konsequenz wird medizinische Hilfe erst dann gesucht, wenn es unausweichlich erscheint, bzw. werden Patienten häufig lange mit Hausmitteln oder von traditionellen Heilern behandelt.



Abbildung 1: Impressionen von einer Überlandstrasse zwischen Aneho und Tablibo im Togo; für 30 km benötigt man etwa eine Stunde Fahrzeit.

Kinder zum Beispiel mit einer schweren Malaria und resultierender Anämie werden häufig erst dann vorgestellt, wenn sie respiratorisch dekompensieren. Hämoglobinwerte unter 5 g/dl sind keine Seltenheit; die effiziente und schnell wirksame Therapie besteht in der Transfusion. Für diese aber reicht mangels Intensivmedizin, ja bei sogar fehlender Möglichkeit der Sauerstoffgabe häufig die Zeit nicht aus.

Ebenso ist es nicht ungewöhnlich, dass Kinder mit einer zerebralen Malaria sich bei Vorstellung nicht erst seit Stunden, sondern bereits seit Tagen im Status epilepticus befinden. Zu diesem Zeitpunkt ist die Prognose schlecht, während ein frühes Eingreifen meist eine vollständige Ausheilung ermöglicht. Hier erstaunt es nicht, dass ein Grossteil der Epilepsiepatienten erst Jahre bis Jahrzehnte nach Epilepsiebeginn erstmals medikamentös antikonvulsiv behandelt wird. Nur ein geringer Teil der Patienten war systematisch mit Antikonvulsiva vorbehandelt. In dieser Situation kommt einem funktionierenden Gesundheitszentrum vor Ort mit kompetentem Personal und einem gesicherten Bestand an essenziellen Medikamenten und Material eine grosse Bedeutung zu. Das Dispensaire (= Gesundheitszentrum) Hôtel Dieu von Mome Katihoé (**Abbildung 2**) verfügt über 3 Konsultationsräume, ein Zimmer zur Erstversorgung und Nachbehandlung von Wunden und einen Kreissaal.



Abbildung 2: Dispensaire Hôtel Dieu in Mome Katihoé.



Abbildung 3: Aussenansicht des Hôtel Dieu in Beaune, Burgund.

Der klare Schwerpunkt des Labors liegt auf der Infektiologie mit dickem Tropfen, verschiedenen serologischen Schnelltests, parasitologischen Stuhluntersuchungen sowie dem Blutbild. Die Apotheke lagert ausreichende Vorräte der grundlegenden Medikamente, vor allem Antiinfektiva aber auch Antihypertensiva und Antidiabetika, Neuroleptika und Antikonvulsiva. Eine Besonderheit ist, dass neben Phenobarbital und Carbamazepin auch Valproat, Lamotrigin, Oxcarbazepin und Levetiracetam verfügbar sind.

Das Dispensaire dient in erster Linie der medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung. Verantwortlich geleitet wird es von den Hospitalschwestern. Diese nehmen als diplomierte Krankenschwestern in etwa die Aufgaben eines mitteleuropäischen Hausarztes wahr, einschliesslich Diagnose, Therapie, Wundversorgung, Prophylaxe, Impfungen und Aufklärung. Darüber hinaus gehört eine von einer diplomierten Hebamme geleitete Geburtshilfe und Gynäkologie zum Zentrum.

Eine Besonderheit ist ein eigener klimatisierter Raum für Augenoperationen. Hier werden an zwei Wochen im Jahr zuvor einbestellte Patienten von Augenärzten aus Lome untersucht und Katarakte operiert.

Der Träger – die Hospitalschwestern von Mome Katihoé

Die Hospitalschwestern als Träger des Gesundheitszentrums haben ihre Wurzeln in Mitteleuropa, im Burgund des 15. Jahrhunderts: Dort stifteten Nicolas Rolin, der Kanzler Philips des Guten von Burgund, und seine Frau Guigone von Salins das Hôtel Dieu von Beaune. Um die Pflege der Kranken zu sichern, gründeten sie die Soeurs Hospitalières, die Hospitalschwestern von Beaune mit dem Leitspruch: Christo in Pauperibus – Christus in den Armen dienen (**Abbildung 3**).

Die pflegerischen Standards, etwa, dass die Kranken in Betten lagen, und dass man in einem ganzheitlichen Sinne um ihr Wohl besorgt war, setzten Massstäbe. Das Charisma dieses katholischen Frauenordens wurde von drei Walliser Ordensfrauen 1998 nach Togo gebracht. Mittlerweile geht die Verantwortung in die Hände einheimischer Schwestern über (**Abbildung 4**).



Abbildung 4: Die Gemeinschaft der Hospitalschwestern von Mome Katihoé.

Nach einer kurzen Tätigkeit am Krankenhaus in Afagnan errichteten die Hospitalschwestern ab 2004 in Mome Katihoé das dortige Dispensaire.

Diese Trägerschaft hat zur Folge, dass das Dispensaire nicht primär gewinnorientiert arbeitet: Es werden sowohl die Konsultationen als auch die Untersuchungen und Medikamente zu niedrigen Sätzen verrechnet. Anders wäre die medizinische Versorgung von mehr als 15'000 Patienten im Jahr 2013 nicht zu finanzieren. Zudem haben die Hospitalschwestern

die Erfahrung gemacht, dass ein spürbarer Eigenbeitrag den Wert der Behandlung in den Augen der Patienten deutlich erhöht und die Compliance fördert. Die meisten Patienten entrichten diesen Kostenbeitrag klaglos, was wir so deuten, dass sie diesen als angemessen empfinden. Eine Konsultation kostet etwa 200 franc CFA (ca. 37 Rappen), 100mg Phenobarbital 10 franc (ca. 2 Rappen). Der Beitrag für die anderen Antikonvulsiva wird nach dem Tagespreis von Phenobarbital festgelegt, also 1000mg Levetiracetam ebenfalls 10 franc CFA. Da grundlegende Medikamente auch dann ausgegeben werden, wenn die Patienten nicht zahlen können, arbeitet das Zentrum im laufenden Betrieb defizitär. Die Deckung dieses Defizites wird durch Spenden aus Europa ermöglicht, ebenso wie alle Investitionen, etwa Baumassnahmen oder die Anschaffung neuer Geräte. Die im Zentrum vorhandenen Ultraschall- und EEG-Geräte etwa sind Spenden deutscher Firmen. Zuletzt wurde am 25.8.2014 ein Container mit 17 Euro-Paletten Verbandmaterial als Spende der Firma Lohmann-Rauscher und weiteres medizinisches Material auf die Schiffsreise nach Mome Katihoé geschickt.

Kinder, die zum Beispiel Bluttransfusionen benötigen, oder Gebärende zur Sectio werden an das Krankenhaus von Afagnan transferiert, wo die Hospital-schwester das vor Hospitalisation fällige Depot von 25'000 franc CFA vorstrecken oder übernehmen, um für das Überleben entscheidende Zeitverluste zu vermeiden.

Entwicklung der Epilepsieambulanz

Im Rahmen der regulären Konsultationen stellten sich auch Epilepsiepatienten am Dispensaire vor, ohne dass von Beginn an ein besonderer Fokus auf diese Erkrankung gelegt worden wäre. Die Diagnose gründet zunächst auf den anamnestischen Angaben von Patienten und Angehörigen: Aus Sturz, Bewusstseinsverlust, Schäumen, Versteifung des Körpers und Zittern wird auf generalisiert tonisch-klonische Anfälle geschlossen und bei mehrmaligem Auftreten eine antikonvulsive Therapie etabliert, in der Anfangsphase des Dispensaire mit Phenobarbital als verfügbarem und preiswertem Medikament (**Abbildung 5**). Bei der erstmaligen Vorstellung werden systematisch die Anfallsanamnese in knapper Form sowie eine Arbeitsdiagnose im Carnet de santé, dem Gesundheitsbuch der Patienten dokumentiert: Dieses Carnet wird den Patienten als deren Eigentum ausgehändigt und zu den Folgebesuchen mitgebracht.

Einige Patienten bringen Carnets von ihren Vorbehandlungen in anderen Einrichtungen mit, die dann weiter geführt werden: Eine Dokumentation der Anfallsanamnese fehlt hier in der Regel. Nicht selten kommen Patienten mit einer seit Jahren bestehenden Epilepsie von ländlichen Dispensaires, wo sie als Behandlung intramuskuläre Injektionen eines Cocktails von



Abbildung 5: Konsultation bei Schwester Comfort Amuzu.

Diazepam mit Steroiden und Vitaminen als Einzelgabe erhielten.

Bei der Erstvorstellung wird somit eine Arbeitsdiagnose gestellt und eine Therapie verordnet. Es werden grundlegende Informationen über die Erkrankung vermittelt, über deren chronischen Charakter und die Notwendigkeit einer regelmässigen und kontinuierlichen Medikamenteneinnahme. Zudem wird überprüft, ob sozialmedizinische Interventionen notwendig sind, wie zum Beispiel eine Einbestellung der Lehrer, um einen neuerlichen Schulbesuch in die Wege zu leiten.

In Analogie zu den ophthalmologischen Konsultationen werden an zwei Wochen im Jahr die Patienten fachärztlich vom Erstautor epileptologisch untersucht, vom Erstautor. Seit 2009 werden im Rahmen dieser Schwerpunkt-Konsultationen EEGs abgeleitet, und seit 2013 werden einheimische Fachkräfte systematisch von einer FND aus Zürich, der Zweitautorin angelernt (**Abbildung 6**). Zweck dieser fachärztlichen Konsultation ist es, bei den neu am Dispensaire behandelten Patienten die epileptologische Anamnese zu vertiefen, einen neurologischen Befund zu erheben und zumindest einen Ruhe-Wach-EEG-Befund zu gewinnen. Anhand dieser Informationen werden die Arbeitsdiagnose und die primäre Therapie überprüft und ggf. modifiziert.

Wohl unmittelbar mit der Ankunft der deutschschweizerischen Teams in Katihoé springt das Buschtelefon an, so dass sich neben den geplanten Konsultationen zahlreiche weitere Patienten mit verschiedenen Differenzialdiagnosen vorstellen. Viele Patienten kommen über die Jahre immer wieder zu Kontrollen, teils mit komplizierten Verläufen zur Überprüfung der Therapie, teils legen aber auch Patienten mit langjähriger Anfallsfreiheit und nebenwirkungsfreier Verträglichkeit der Medikation Wert auf jährliche klinische Kontrollen mit EEG.

Ab 2009 werden die Patientendaten systematisch in einem Register erfasst: Bei 207 Patienten wurde schlussendlich aufgrund der Anamnese und des EEG eine



Abbildung 6: Carmela Wunderlin, FND aus Zürich, demonstriert Sr. Antoinette die Ableitung des EEG.

Epilepsie diagnostiziert. Wenn etwaige neurologische Defizite kongruent mit der Semiologie waren, wurden sie in die Syndromdiagnose einbezogen. Eine zerebrale Bildgebung mittels CCT in dicken Schichten und niedriger Auflösung lag bei einem Patienten vor.

Anfallskarten als diagnostisches Hilfsmittel

In dieser Situation ohne MRI und Langzeit-EEG kommt der Anamnese ein sehr hoher Stellenwert zu. Nur etwa 10 % der Patienten sprechen fließend französisch, so dass für die fachärztliche Anamnese ein Dolmetsch erforderlich ist. Zudem hatten wir den deutlichen Eindruck, dass viele der Patienten ohne Schulbildung auch in ihrer Muttersprache Ewe im sprachlichen Ausdruck nicht geübt sind.

Um diese Sprachbarrieren zu überbrücken, wurden im Januar 2014 erstmals Karten mit Visualisierungen von Anfallszeichen eingesetzt, die im Rahmen eines Masterprojektes an der Zürcher Hochschule der Künste entwickelt worden waren (Abbildung 7). Zahlreiche dieser Karten wurden spontan identifiziert. Mittels dieser Karten wurden mehr Anfallszeichen ermittelt als durch Sprache allein. Die Anfallsanamnese mittels Karten war zeitsparend. Überraschenderweise wurden auch Karten für subjektive Wahrnehmungen wie epigastrische Auren und postiktale Kopfschmerzen verlässlich ausgewählt.



Abbildung 7: Erhebung der Semiologie mittels Anfallskarten während der Konsultation.

Traditionelle Medizin – Traditherapie

Der überwiegende Anteil unserer Patienten (78 %) hatte die Erkrankung vor der ersten Vorstellung mit traditioneller Medizin behandelt. 59 % der Patienten gaben die Verwendung von Kräuteraufgüssen an. Fast alle Patienten kannten ein vom Feticheur, dem traditionellen Heiler zubereitetes schwarzes Pulver (Abbildung 8).



Abbildung 8: Schwarzes Pulver als traditionelles Heilmittel zur Behandlung von Epilepsie.

18 % der Patienten gaben an, dieses angewendet zu haben. Dieses Pulver wird aus verbrannten Kräutern hergestellt, um Mund, Nase und Stirn eingerieben und mit Öl getrunken. Dieses Pulver wird auch in Hautritzungen, Skarifikationen eingerieben, die bei Epilepsiepatienten vor allem an der Stirn aber auch an Schultern, Handrücken und manchmal auch über der

Milz vorgenommen werden. Solche Ritzungen wurden von 6 % unserer Patienten berichtet und waren in unterschiedlichem Ausmass sichtbar (**Abbildung 9**). In einer grossen, zwischen 1985 und 1995 in Lome durchgeführten Studie fanden Grunitzky und Kollegen Skarifikationen bei 80 % der Patienten [10].



Abbildung 9: Patient mit abdominellen Skarifikationen und Verbrennungsnarbe.

4 % unserer Patienten berichteten den Gebrauch von Kräutern, ohne deren Zubereitung zu spezifizieren. Im Einzelnen wurden folgende Pflanzennamen genannt: Mamakadji, Cascara, Babatike, Babadjedje. 6 % der Patienten nahmen diese Kräuter vermischt mit einem Glas Palmschnaps ein, in der Regel dreimal täglich über längere Zeiträume. Ein Patient berichtete, dass ihm zur Behandlung seiner Epilepsie das Trinken eines Liters Benzin verordnet worden sei.

Die Mutter eines Knaben mit einer Absencen-Epilepsie berichtete eine vorübergehende Besserung der Grand Mal-Anfälle ihres Sohnes durch die traditionelle Behandlung. Wir haben den behandelnden Traditherapeuten in Kpessou aufgesucht, um einen Eindruck von seinem diagnostischen und therapeutischen Vorgehen zu erhalten: Hierbei wollten wir zum einen verstehen, wie er die Diagnose einer Epilepsie stellt. Dies wurde trotz insistierendem Nachfragen nicht klar. Befragt nach seinem therapeutischen Vorgehen berichtete er, eine bestimmte Pflanze, Amegbezoni, für die Herstellung seines schwarzen Pulvers zu verwenden. Den Patienten werden die Haare abrasiert und die Kopfhaut ebenso wie die Öffnungen von Mund, Nase und Ohren mit Öl und dem schwarzen Pulver eingerieben. Religiöse Zeremonien, wie die rituelle Schlachtung und Opferung eines Hahnes, sind ein notwendiger Bestandteil des therapeutischen Handelns.

Hier ist wichtig zu wissen, dass der Süden Togos vom traditionellen Ahnen- und Geisterglauben geprägt ist. Opfer und magische Praktiken dienen zur Abschre-

ckung von Dieben und zur Ausschaltung von Feinden (**Abbildung 10**). Die Vorstellung, dass Epilepsie durch solche magischen Praktiken verursacht wird, ist durch Untersuchungen etwa im benachbarten Burkina belegt [11 - 13] und auch bei unseren Patienten anzunehmen.



Abbildung 10: Ein traditioneller Fetisch – ein Götterbild.

Soziale Konsequenzen der Epilepsie

Kinder mit Epilepsie waren bei der Vorstellung häufig noch nicht eingeschult oder hatten den Schulbesuch mit dem Beginn der Erkrankung eingestellt. Als Begründung hierfür führen die Eltern eher selten die Angst vor anfallsbedingten Verletzungen auf dem Schulweg an, häufiger Scham. Den Eltern wird bei der Erstvorstellung die Sinnhaftigkeit des Schulbesuches dargelegt, falls erforderlich wird auch mit den Lehrern gesprochen. Diese Intervention ist erfolgreich, da die Kinder bei den nachfolgenden Kontrollen wieder den Unterricht besuchen.

Nur ein geringer Anteil der erwachsenen Patienten hat einen Schul- oder Berufsabschluss oder beherrscht auch nur das Französische. Untersuchungen in Togo, aber auch in der Elfenbeinküste hatten gezeigt, dass die Diagnose Epilepsie mit einem schlechteren sozialen Status und Ausbildungsniveau einhergeht [14 - 16].

34 % unserer Patienten kannten ihr genaues Geburtsdatum, während fast alle den Wochentag der Geburt benennen können, da dieser den traditionellen Vornamen bestimmt, also zum Beispiel Komi, Koffi oder Akossiwa. Ältere Patienten können ihr Lebensalter nicht selten nicht auf ein Jahrzehnt genau angeben. Da auch die Schreibweise der Namen erheblich variieren kann, wird hierdurch die verlässliche Identifikation der Patienten in einem Register relevant erschwert.

Diskussion

Epilepsie ist in den Ländern des tropischen Afrika etwa doppelt so häufig wie in Europa [1-4]. Für Togo wurde eine Prävalenz der Epilepsie von etwa 13 % gefunden [17] – ein gutes Argument, die Behandlung dieser chronischen und sozial relevanten Erkrankung in den Fokus zu nehmen.

Welches sind die Ursachen dieser erhöhten Prävalenz der Epilepsie im tropischen Afrika? Eine retrospektive Untersuchung in Gabun identifizierte zerebrale Malaria als klaren Risikofaktor, des Weiteren komplizierte Fieberkrämpfe [18]. Angesichts der zumeist spärlichen bzw. fehlenden Diagnostik ist häufig eine einfache oder zerebrale Malaria als Ursache solcher Fieberkrämpfe anzunehmen.

Die allermeisten Patienten gehen wegen ihrer Epilepsie erst zum Heiler und erst in zweiter Linie zu einem Vertreter der modernen Medizin, was die vorherrschenden Auffassungen von den Ursachen der Epilepsie widerspiegelt: In grossen Untersuchungen in Bobo-Dioulasso im nördlich benachbarten Burkina Faso haben Millogo und Kollegen Sekundarschüler, Lehrer und traditionelle Heiler nach ihren Krankheitskonzepten zur Epilepsie befragt: Die Schüler glauben, dass Epilepsie durch Speichel und physischen Kontakt übertragen wird und nur mit traditioneller Medizin wirksam behandelt werden kann [11]. Von den ebenfalls befragten Lehrern halten noch 12 % Epilepsie für ansteckend und 15 % haben Einwände, ein Kind mit Epilepsie in ihrer Klasse zu unterrichten [13]. Ein Vergleich der Krankheitskonzepte bei Epilepsiepatienten in Togo und in Frankreich zeigt, dass Vorstellungen von übernatürlichen Ursachen der Epilepsie und der Kontagiosität in Togo klar vorherrschen [19]. Die Überzeugung, wonach Epilepsie auf Zauberei zurückgeht und durch Körperflüssigkeiten oder Kontakt übertragbar ist, fanden auch Untersuchungen in Tansania [20 - 23], Mali [24], Kamerun [7], Nigeria [8, 25] und Guinea [26].

Einige dieser überlieferten Krankheitskonzepte haben ganz erhebliche praktische Auswirkungen für die Patienten: Die Vorstellung, dass Epilepsie durch den Speichel der Patienten etwa beim Grand Mal-Anfall übertragbar ist, kann Umstehende dazu bewegen, die Berührung der Kranken im Anfall zu meiden. Patienten, die etwa im Grand Mal ins Herdfeuer fallen, werden aufgrund dieser Furcht nicht herausgezogen, woraus gravierende Verbrennungen resultieren. In einigen afrikanischen Kulturen gelten Verbrennungsnarben daher als Erkennungszeichen von Epilepsiepatienten – Epilepsie als die Krankheit der Leute mit den Verbrennungen [26, 27]. Bei unseren Patienten fanden wir Verbrennungen in 3,7 %.

Die Unterbehandlung der Epilepsiepatienten in Togo wie auch in anderen Ländern des tropischen Afrika ist aber nicht nur durch traditionelle Vorstellungen bedingt. Wahrscheinlich spielen sehr konkrete Faktoren wie die Erreichbarkeit geeigneter Behandlungseinrich-

tungen, verlässliche Öffnungszeiten derselben und die kontinuierliche Verfügbarkeit von Antikonvulsiva eine mindestens ebenso grosse Rolle [26, 28, 6]. Unsere Wahrnehmung in Mome Katihoé ist jedenfalls, dass die Patienten sich über die Jahre mit immer kürzeren Latenzen zum Erkrankungsbeginn im Dispensaire vorstellen. Wir deuten das so, dass das Vorhandensein einer funktionierenden Gesundheitseinrichtung mit guten Heilungsquoten für die Patienten ein massgeblicher Beweggrund ist.

Die allermeisten unserer Patienten können die moderaten Gebühren für Konsultationen und Medikamente aufbringen, die allerdings etwa beim EEG oder bei anderen Antikonvulsiva als Carbamazepin und Phenobarbital nicht die Kosten widerspiegeln.

Das Ziel ist es deshalb, durch die Einbindung der Epilepsieversorgung in ein Gesundheitszentrum der Primärversorgung die Epilepsiepatienten zu erreichen und regelmässige Kontrollen wie auch die Medikamentenversorgung sicherzustellen, um so die erhebliche Behandlungslücke bei den Epilepsiepatienten zu schliessen [29 - 31, 5].

Referenzen

1. Ngougou EB, Quet F, Dubreuil CM et al. *Epidemiology of epilepsy in sub-Saharan Africa: a review. Sante* 2006; 16: 225-238
2. Yemadje LP, Houinato D, Quet F et al. *Understanding the differences in prevalence of epilepsy in tropical regions. Epilepsia* 2011; 52: 1376-1381
3. Paul A, Adeloye D, George-Carey R et al. *An estimate of the prevalence of epilepsy in sub-Saharan Africa: A systematic analysis. J Glob Health* 2012; 2: 020405
4. Ngugi AK, Bottomley C, Kleinschmidt I et al. *Prevalence of active convulsive epilepsy in sub-Saharan Africa and associated risk factors: cross-sectional and case-control studies. Lancet Neurol* 2013; 12: 253-263
5. Jilek-Aall L, Rwiza HT. *Prognosis of epilepsy in a rural African community: a 30-year follow-up of 164 patients in an outpatient clinic in rural Tanzania. Epilepsia* 1992; 33: 645-650
6. Guinhouya KM, Aboki A, Kombaté D et al. *The epilepsy treatment gap in six primary care centres in Togo (2007-2009). Sante* 2010; 20: 93-97
7. Bain LE, Awah PK, Takougang I et al. *Public awareness, knowledge and practice relating to epilepsy amongst adult residents in rural Cameroon case study of the Fundong health district. Pan Afr Med J* 2013; 14: 32
8. Danesi MA, Adetunji JB. *Use of alternative medicine by patients with epilepsy: a survey of 265 epileptic patients in a developing country. Epilepsia* 1994; 35: 344-351
9. Jilek-Aall L. *Morbus sacer in Africa: some religious aspects of epilepsy in traditional cultures. Epilepsia* 1999; 40: 382-386
10. Grunitzky EK, Balogou AA, Dodzro CK. *Clinical and epidemiological aspects of traditional therapeutic scarification in epilepsy in Togo. Bull Soc Pathol Exot* 2000; 93: 251-254
11. Millogo A, Kaboré J, Traoré ED et al. *Sociocultural aspects of epilepsy in secondary school students in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). Rev Neurol (Paris)* 2002; 158: 1186-1190
12. Millogo A, Ratsimbazafy V, Nubukpo P et al. *Epilepsy and traditional medicine in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). Acta Neurol Scand* 2004; 109: 250-254

13. Millogo A, Siranyan AS. Knowledge of epilepsy and attitudes towards the condition among schoolteachers in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). *Epileptic Disord* 2004; 6: 21-26
14. Nubukpo P, Clément JP, Houinato D et al. Psychosocial issues in people with epilepsy in Togo and Benin (West Africa) II: quality of life measured using the QOLIE-31 scale. *Epilepsy Behav* 2004; 5: 728-734
15. Tchicaya AF, Yéboué-Kouamé BY, Wognin SB et al. Profil professionnel des épileptiques à partir de 55 cas colligés en 2005 à Abidjan, Côte d'Ivoire. *Épilepsies* 2007; 19: 31-35
16. Baskind R, Birbeck GL. Epilepsy-associated stigma in sub-Saharan Africa: the social landscape of a disease. *Epilepsy Behav* 2005; 7: 68-73
17. Balogou AA, Doh A, Grunitzky KE. Neurological disorders and endemic goiter: comparative analysis of 2 provinces in Togo. *Bull Soc Pathol Exot* 2001; 94: 406-410
18. Ngoungou EB, Koko J, Druet-Cabanac M et al. Cerebral malaria and sequelar epilepsy: first matched case-control study in Gabon. *Epilepsia* 2006; 47: 2147-2153
19. Nubukpo P, Preux PM, Clement JP et al. Comparison of sociocultural attitudes towards epilepsy in Limousin (France), in Togo and in Benin (Africa). *Med Trop* 2003; 63: 143-150
20. Jilek-Aall L, Jilek M, Kaaya J et al. Psychosocial study of epilepsy in Africa. *Soc Sci Med* 1997; 45: 783-795
21. Matuja WB, Rwiza HT. Knowledge, attitude and practice (KAP) towards epilepsy in secondary school students in Tanzania. *Cent Afr J Med* 1994; 40: 13-18
22. Rwiza HT, Matuja WB, Kilonzo GP et al. Knowledge, attitude, and practice toward epilepsy among rural Tanzanian residents. *Epilepsia* 1993; 34: 1017-1023
23. Winkler AS, Mayer M, Schnaitmann S et al. Belief systems of epilepsy and attitudes toward people living with epilepsy in a rural community of northern Tanzania. *Epilepsy Behav* 2010; 19: 596-601
24. Arborio S, Jaffré Y, Doumbo O et al. Etude anthropologique de l'épilepsie au Mali III – Enquête en milieu rural bambara. *Epilepsies* 2001; 13: 39-45
25. Osungbade KO, Siyanbade SL. Myths, misconceptions, and misunderstandings about epilepsy in a Nigerian rural community: implications for community health interventions. *Epilepsy Behav* 2011; 21: 425-429
26. Sow A. Accès aux soins des épileptiques en Guinée : enquête sur les obstacles liés au contexte socio-anthropologique et à la disponibilité des médicaments. *Épilepsies* 2008; 20: 38-44
27. Carod FJ, Vázquez-Cabrera C. Magical thinking and epilepsy in traditional indigenous medicine. *Rev Neurol* 1998; 26: 1064-1068
28. Ndoye NF, Sow AD, Diop AG et al. Prevalence of epilepsy, its treatment gap and knowledge, attitude and practice of its population in sub-urban Senegal, an ILAE/IBE/WHO study. *Seizure* 2005; 14: 106-111
29. Commissions on Antiepileptic Drugs of the International League Against Epilepsy. Availability and distribution of antiepileptic drugs in developing countries, III and IV. *Epilepsia* 1985; 26: 117-121
30. Shorvon SD, Farmer PJ. Epilepsy in developing countries: a review of epidemiological, sociocultural, and treatment aspects. *Epilepsia* 1988; 29(Suppl 1): 36-54
31. Watts AE. A model for managing epilepsy in a rural community in Africa. *BMJ* 1989; 298: 805-807

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Bernhard Oehl
Ortenau Klinikum Offenburg
Ebertplatz 12
D 77654 Offenburg
Tel. 0049 781 472 27 35
Fax 0049 781 472 27 42
Bernhard.Oehl@og.ortenau-klinikum.de