

Mitt. Österr. Ges. Tropenmed. Parasitol. 6 (1984) 127–130

Aus der Universitäts-Augenklinik Graz (Vorstand: Prof. Dr. H. Hofmann)

Augenerkrankungen im Südsudan

G. Schuhmann

Einleitung

Die Republik Sudan mit ihren 21 Millionen Einwohnern, als größtes Land Afrikas zehnmal so groß wie die Bundesrepublik Deutschland, zählt zu den zwanzig ärmsten Ländern der Welt.

In der Nord-Süd-Ausdehnung, rund 21.000 km groß, erstreckt sich das Land entlang des Nils vom Äquator bis zum 22. Grad nördlicher Breite. Dementsprechend findet sich eine wechselnde Landschaftsgestalt vom tropischen Regenwald des Südens über Busch- und Grassteppen mit Sumpfniederungen bis zu Halbwüsten und Wüsten im Norden.

Nördlich des 19. Breitengrades gibt es praktisch nie Regen, während nach dem Süden hin der Wechsel von Regenperioden von zunehmender Dauer (meist von April bis September) mit der Trockenheit den Jahresablauf prägen.

Die Provinz Upper Nile (Hauptstadt Malakal), seit der Staatsreform von 1983 wie alle anderen Provinzen weitgehend autonom, erstreckt sich am Weißen Nil etwa vom 8. bis zum 12. Breitengrad und wird hauptsächlich von der größten Stammgruppe der Niloten, den Dinkas, bewohnt.

Die Wirtschaft beruht hauptsächlich auf Viehzucht (Rinder), Ackerbau (Hirse) und Fischfang, der Handel liegt im wesentlichen in den Händen der Danaqula, der arabischen Händlerschaft. Der völlige Mangel an ausreichenden Verkehrswegen (selbst die Schifffahrt auf dem Nil ist absolut vernachlässigt), bedingt eine Beschränkung auf lokale Ressourcen und damit die Abhängigkeit vom schwankenden Ernteerfolg entsprechend Dauer und Ergiebigkeit der Regenfälle.

Seit 1981 wird vom Arbeitszentrum für Hygienefragen in Entwicklungsländern des Hygiene-Institutes der Universität Graz, unter der Ägide der Sektion Entwicklungshilfe des Bundeskanzleramtes, im Distrikt Melut ein Modellprojekt „Direkte Entwicklungshilfe“ durchgeführt, welches ausgehend von der Basishygiene nunmehr unter anderen Teilprojekten ein ophthalmologisches Betreuungsprogramm enthält. Die Notwendigkeit eines solchen Detailprojektes ergab sich aus der Tatsache, daß praktisch nur in den Ballungsgebieten des Nordens (Khartoum, Al Gezira) eine hinreichende augenärztliche Versorgung besteht.

Eine erste Bestandsaufnahme im Distrikt Melut ergab eine so große Anzahl von Augenkranken, daß deren Behandlung in einer für die Bevölkerung erreichbaren Entfernung nicht möglich ist (Melut–Kosti ca. 350 km, Melut–Juba 650 km), wozu noch katastrophaler Mangel an Geräten und Medikamenten in den möglichen Behandlungszentren kommt, der auch durch großzügige Hilfslieferungen internationaler Organisationen und diverser Hilfswerke infolge Kompetenzschwierigkeiten und Verteilungsmängeln nicht behebbar erscheint.

Aus den hier kurz angedeuteten Gründen schien es der Projektleitung in enger Konsultation mit den gewählten Vertretern der Bevölkerung und den lokalen Behörden

zweckmäßig, vorerst neben den prophylaktisch wirkenden Hygiene- und Aufklärungsmaßnahmen die dringlichsten konservativen und operativen ophthalmologischen Maßnahmen einzuleiten. Über die bisherigen Erkenntnisse soll im folgenden berichtet werden.

Methoden

In dem aus der englischen Kolonialzeit (bis 1956) stammenden Krankenhaus Melut, das vom Projektteam renoviert worden war, wurden Räume für ophthalmologische Untersuchungen bzw. für Operationen adaptiert.

Die Untersuchungen im Krankenhaus umfaßten eine routinemäßige (gegebenenfalls nur orientierende) Bestimmung der Sehschärfe mit den üblichen Sehprobentafeln (Zahlen und Pflügerhaken), eine binokulare biomikroskopische Untersuchung der vorderen Augenabschnitte mit der Zeiss'schen Handspaltlampe, eine Fundusuntersuchung mit direktem Augenspiegel oder mit dem indirekten Ophthalmoskop und (nicht generell) einer Messung des intraokularen Druckes mit dem Schiötzchen Impressions-tonometer.

Für die noch nicht abgeschlossene Reihenuntersuchung der Schulkinder wird ein Rodenstock-Sehtestgerät verwendet.

Werden bei der Untersuchung Refraktionsanomalien diagnostiziert, so wird deren Ursache und Schweregrad in einer genauen Untersuchung bestimmt und die entsprechende Therapie oder Korrektur angewandt.

Für die operativen Eingriffe steht ein Instrumentarium zur Verfügung, das aus je zwei Sätzen von Instrumenten zur Entfernung der getrübbten Linse bei grauem Star (Cataract) und für Lidoperationen besteht.

Es ist daher möglich, eine Serie von Staroperationen ohne wesentlichen Zeitverlust durch Sterilisationsmaßnahmen vorzunehmen.

Die Staroperationen werden nach Eröffnung des Auges mit einem Mikroskalpell (sog. ab externo-Methode) durch Entfernung der Linse nach Anfrieren an einem Kältestab (Kryoextraktion) und Wundverschluß mit ultradünnen (9–0 P 0,3 mm) Nylonfäden durchgeführt. Nach Möglichkeit wird (abhängig vom Operationsablauf) eine Kunststofflinse an Stelle der extrahierten eigenen Linse eingepflanzt (Intraokularlinse), was eine praktisch vollwertige Rehabilitation der Sehkraft unmittelbar nach der Operation ohne die Nachteile des Starglases ermöglicht. Die Operationen werden unter Assistenz der am Projekt beteiligten Ärzte anderer Spezialdisziplinen in Lokalanästhesie nach Sedierung mit Diazepam oder dgl. unter Verwendung von Lupenbrillen vorgenommen.

Eine große Anzahl von Patienten mit schweren Deformationen der Oberlider nach Trachom (Entropium, Trichiasis) machte es notwendig, eine einfache Operationsmethode zu finden, um diese sehr schmerzhaften, die Hornhaut gefährdenden Veränderungen zu behandeln. Die in der ophthalmochirurgischen Literatur angegebenen Verfahren erwiesen sich einerseits als zu kompliziert (insbesondere im Hinblick auf die Notwendigkeit, später auch nichtärztliches medizinisches Personal damit zu betrauen), andererseits waren sie zuwenig effektiv (GALBRAITH, 1979, 1). Wir verwenden nun eine einfache Modifikation klassischer Methoden, die nur aus einem Schnitt und 2–3 Nähten besteht und nach unseren bisherigen Erfahrungen an einer geringen Zahl nachuntersuchter Fällen ermutigende Ergebnisse verspricht.

Es soll nach entsprechender Erfahrung an anderer Stelle über die Methode genauer berichtet werden.

Die medikamentöse Behandlung bediente sich der handelsüblichen Präparate in Form von Tropfen und Salben, wobei ein besonderes Problem der Heißgebiete die Lagerung und Haltbarkeit vor allem von Antibiotikazubereitungen darstellt.

Im Sinne der rationellen und kostengünstigen Therapie von Infektionen mit gleichzeitig höchster Wirksamkeit und Wirkungsbreite bei fast unbegrenzter Haltbarkeit bewährte sich die PVP-Jodlösung (Beta-Isodona®), die wir sowohl verdünnt mit H₂O als auch unverdünnt (!) bei allen entzündlichen Augenerkrankungen verwendeten.

Ergebnisse

Es wurden bisher 246 Patienten im Krankenhaus genau untersucht, bei ca. 120 Kindern wurde im Zuge eines Impfprogrammes und bei ca. 200 Erwachsenen und Kindern, auf Fahrten in verschiedene entfernt liegende Dörfer, orientierend auf das Vorliegen von Augenerkrankungen gefahndet.

Dabei zeigte sich beim Versuch einer praxisorientierten Einteilung entsprechend den Empfehlungen der WHO (WILSON, 1983, 4), daß im Arbeitsgebiet drei etwa gleich große Gruppen von Augenläsionen anzutreffen sind:

1. Grauer Star
2. Hornhaut- und Lidveränderungen nach Infektionen (primär Trachom)
3. alle übrigen Augenerkrankungen.

Als Erblindungsursachen fanden sich in 56% Cataract, in 40% Hornhauttrübungen (Trachomfolge), in 4% Glaukom und andere Ursachen.

Es wurden bislang 43 Cataractoperationen, davon 5 mit Implantation von Intraokularlinsen durchgeführt, eine Anzahl von ca. 60–80 Patienten waren nach letzten Schätzungen für die Operation vorgesehen.

Die Bewohner zweier Dörfer, welche eine schwerste eitrige Konjunktivitis (Erregernachweis: Pneumokokken) hatten, waren nach einer Behandlung mit PVP-Jod (Beta-Isodona®) in wenigen Tagen beschwerdefrei – ein insofern bedeutender Umstand, als derartige Infektionen unbehandelt bei etwas herabgesetzter Abwehrlage zu rascher Hornhauteinschmelzung führen können (Ulcus serpens).

Die Behandlung der Patienten der 2. Gruppe mit Hornhaut- und Lidveränderungen, beschränkte sich bei den Blinden bisher auf die bereits erwähnte palliative Korrektur der schmerzhaften Lidveränderungen in wenigen Fällen, da die Kapazität des Operationsteams durch die Cataractoperation voll ausgelastet war.

In der 3. Gruppe finden sich alle übrigen ophthalmologischen Krankheitsbilder subsummiert, sodaß vor der Verordnung und Verteilung diverser Brillen (wobei bemerkt werden muß, daß nur wenige Menschen mit Refraktionsanomalien eine Korrektur verlangten, solange ein Zurechtfinden in gewohnter Umgebung möglich war) über die Behandlung banaler Infekte bis zur Alkoholinjektion bei irreversibel geschädigten blinden Augen, die üblichen Behandlungsweisen angewandt werden mußten (RODGER, 1981, 2).

Diskussion

Das ophthalmologische Krankheitsspektrum in dem von uns untersuchten und betreuten Gebiet des Südsudan ist vor allem durch das nahezu völlige Fehlen von zwei der 4 wichtigsten Erblindungsursachen (Trachom, Cataract, Onchozerkose, Xerophthal-

mus) (THYLEFORS, 1983, 3) gekennzeichnet: es gibt glücklicherweise keine Onchozerkose und, wohl bedingt durch die relativ angerundete Ernährung aus Getreide (Hirse), Milch, Fleisch und Fisch, kaum Fälle von Xerophthalmie (wozu vielleicht auch die seit einiger Zeit geübte Verabreichung von Vitaminpillen- und -säften an die Bevölkerung beitragen mag).

Somit kann sich die ophth. Betreuung schwerpunktmäßig auf die Befriedigung des Nachholbedarfes an Cataractoperationen und in nächster Folge der mildernden Behandlung der postentzündlichen Lidanomalien widmen.

Gleichzeitig ist unter Betonung hygienischer Maßnahmen der Frühbekämpfung des Trachoms und anderer destrukturierende Entzündungen besonderes Augenmerk zu schenken.

Eine sinnvolle Synthese hygienischer medikamentöser und chirurgischer Maßnahmen unter behutsamer Einbindung lokaler Verantwortlicher vermag in hohem Maß eine wesentliche Erleichterung des Schicksals der Blinden und Sehbehinderten in diesem Teil Afrikas herbeizuführen.

Zusammenfassung

Es wird über Aufgaben und bisherige Ergebnisse des ophthalmologischen Teiles eines Entwicklungshilfeprogrammes im Südsudan berichtet.

Im Untersuchungsgebiet fiel vor allem das Fehlen von Onchozerkose und Xerophthalmie auf, so daß das Hauptaugenmerk der Therapie der Cataract und des Trachoms gelten muß.

Summary

Eye Diseases in Southern Sudan

Ophthalmological investigations in the district of Melut, province Upper Nile, Sudan show mainly Cataract and Trachoma blindness whereas no cases of Onchocercosis and only a few cases of Xerophthalmia were found.

Literatur

- 1) GALBRAITH, J. E. K.: Basic eye surgery. A manual for surgeons in developing countries. Edinburgh 1979.
- 2) RODGER, F. C.: Eye disease in the tropics. Edinburgh 1981.
- 3) THYLEFORS, B. (1983): Blindheit verhüten. Weltgesundh. Nr. 3, 6–7.
- 4) WILSON, J. (1983): Ein Globalprogramm. Weltgesundh. Nr. 3, 3–5.

Der Firma Michtner danken wir für die freundliche Überlassung des Rodenstock-Sehtestgerätes, der Firma Mundipharma für die großzügige Ausstattung des Projektes mit Beta-Isodona®.

ANSCHRIFT DES AUTORS:

Dr. G. Schuhmann
Universitäts-Augenklinik Graz
Auenbruggerplatz 4
8036 Graz

ZOBODAT - www.zobodat.at

Zoologisch-Botanische Datenbank/Zoological-Botanical Database

Digitale Literatur/Digital Literature

Zeitschrift/Journal: [Mitteilungen der Österreichischen Gesellschaft für Tropenmedizin und Parasitologie](#)

Jahr/Year: 1984

Band/Volume: [6](#)

Autor(en)/Author(s): Schuhmann G.

Artikel/Article: [Augenerkrankungen im Südsudan. 127-130](#)