

Komplexe physikalische Entstauungstherapie in Purnea, Indien

Ein Erfahrungsbericht

K. Schiller

Zentrum für manuelle Lymphdrainage (ZML), Waldkirch

Zusammenfassung

Anlässlich eines dreiwöchigen Einsatzes in Purnea (Bihar), Indien, wurden vier Krankenschwestern in der komplexen physikalischen Entstauungstherapie (KPE) geschult. Im Rahmen des Ausbildungsganges wurden mehrere Patienten mit lymphostatischen Extremitätenödemen nach Filarieninfection behandelt. Mit der KPE konnten deutliche Behandlungserfolge erzielt werden, deren Erhaltung derzeit allerdings nicht möglich ist, aufgrund völlig fehlender Möglichkeiten der lymphologischen Kompressionsversorgung. Da die Krankenschwestern die theoretischen Grundlagen der KPE nach der Schulung noch nicht ausreichend beherrschen, ist eine Fortsetzung der Schulung dringend erforderlich.

Schlüsselwörter: Filariasis, sekundäres Lymphödem, KPE, Indien

Summary

A three-week training course on combined decongestive therapy (CDT) Purnea (Bihar), India, is described. Four nurses took a course on CDT, learning how to apply the various CDT methods in patients with lymphostatic edema of the extremities after filaria infection. The treatment brought about good edema reduction. However, due to the complete lack of access to compression garments, we were unable to maintain the progress attained. It is imperative for the CDT training to be continued in the future, because the participants had not yet mastered the fundamentals of the treatment method.

Key words: filariasis, secondary lymphedema, CDT, India

Der Plan

Im Rundbrief 2006 des Fortbildungsinstituts »Lymphologic« las ich den Bericht »Elephantiasische Ödeme in Indien an der Tagesordnung, können wir helfen?« von H. Pritschow (ZML, Waldkirch). Er hatte 2005 das Christian Medical Center (CMC) in Purnea (Bihar) besucht und dort KPE-Infokurse gegeben und einen Vortragsabend über die KPE für niedergelassene Ärzte gehalten.

Die Möglichkeit, selbst als Lymphdrainagetherapeutin in Bihar ehrenamtlich zu helfen und hiermit in sinnvoller Weise Zeit und Fachkompetenz zu investieren, faszinierte mich. Über H. Pritschow nahm ich

Mitte 2007 Kontakt zu Dr. A. Philip in Purnea auf. Außerdem trat ich in Kontakt zu M. Schmocker, einer Kollegin aus der Schweiz, die bereits im Februar 2008 im CMC vier Krankenschwestern mit dem Basiswissen über die KPE vertraut machen sollte.

Die Durchführung

Als ich Anfang März 2008 für drei Wochen nach Purnea kam, hatten M. Schmocker und ich vor Ort die Gelegenheit, uns persönlich auszutauschen und die Übernahme und Fortführung der Schulung zu besprechen. Meine Aufgabe bestand darin, vier

Krankenschwestern im CMC in der KPE von sekundären Lymphödem nach Filarieninfection zu schulen. Diese Erkrankung ist in tropischen und subtropischen Gebieten wie Bihar weit verbreitet.

Der Unterricht wurde in theoretische und praktische Übungseinheiten unterteilt. Im theoretischen Block wiederholte ich die Grundlagen der Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie des Lymphgefäßsystems und der Pathologie der Filarieninfection. Eine der vier Krankenschwestern – die einzige mit ausreichenden Englischkenntnissen – übersetzte meine englischen Ausführungen in die Landessprache Hindi. Doch trotz der Bemühungen dieser Krankenschwester gab es wiederholt Missverständnisse. Nicht nur die Sprachbarriere erschwerte den Unterricht erheblich, sondern auch die rudimentären medizinischen Grundkenntnisse der Krankenschwestern bezüglich Anatomie und Physiologie. Durch intensive Bemühungen gelang es, gemeinsam die Grundlagen der wichtigen Themen zu besprechen. Das Visualisieren mit verschiedenen selbst angefertigten Zeichnungen trug entscheidend zum Erfolg bei.

Im praktischen Unterricht verfeinerten wir die technische Ausführung der manuellen Lymphdrainage und das Anlegen des lymphologischen Kompressionsverbandes (LKV). Die entstauende Gymnastik und die Verhaltensanweisungen für den Alltag eines Lymphödempatienten wurden ergänzend thematisiert.

Während der Übungseinheiten behandelte ich jede der Krankenschwestern, damit sie die Wirkung der manuellen Lymphdrainage und der Kompressionsbandage selbst spüren konnten. Dies sollte die Umsetzung der Therapie am Patienten erleichtern. Eine weitere Hilfestellung war das »Synchron-Lymph« (Abb. 3): Wurde eine Krankenschwester von einer ihrer Kolleginnen etwa am rechten Bein behandelt, behandelte ich zeitgleich das linke Bein. Die Behandelte wurde aufgefordert, mitzuteilen, ob und welche Unterschiede in der Griffintensität und Ausführung sie spürte. Daraufhin wurde die Druckintensität und -richtung angepasst.



Abb. 1
Wohnen in Bihar



Abb. 2
Gemüseverkäuferin am Straßenrand von Purnea

Dasselbe didaktische Mittel wendete ich bei den Übungseinheiten an, bei denen die Krankenschwestern sich gegenseitig bandagierten. Auf diese Weise konnte die praktische Ausführung der KPE trotz Sprachbarriere optimiert werden.

Dadurch, dass stundenweise verschiedene Filariasis-Patienten mit lymphostatischen Ödemen im Unterricht vorgestellt wurden, konnten die Krankenschwestern die Ausführung der KPE am Patienten unter fachkundiger Begleitung lernen und üben (Abb. 4).

Am Ende meines dreiwöchigen Einsatzes legten die Krankenschwestern eine schriftliche, theoretische und praktische Prüfung ab. Die praktische Prüfung wurde

unterteilt in manuelle Lymphdrainage und Anlegen eines LKV.

Die Prüfungsergebnisse in der praktischen Ausführung der KPE waren gut bis sehr gut, doch bezüglich der Theorie wurde deutlich, dass eine weitere Schulung erforderlich ist.

»Lymphalltag« in Purnea

Während meines Einsatzes im CMC musste ich schnell erkennen, dass das Befinden der Filariasis-Patienten in einem mir fremden Kulturkreis eine enorme Herausforderung darstellte. Häufig konnten die Patienten nicht klar auf die (auf Hindi gestellten) anamnestischen Fragen antwor-

ten. Es kam unter anderem vor, dass wir keine Auskunft über das Alter der Patienten, das ungefähre erstmalige Auftreten der Ödeme oder über den Krankheitsverlauf bekamen. Nicht alle Patienten konnten die Wirkungsweise der KPE auch nur in Grundzügen verstehen. Ob dies auf das niedrige Bildungsniveau, das Verständnis der Patienten oder auf kulturelle Hintergründe zurückzuführen ist, lässt sich derzeit nicht beurteilen.

Hinsichtlich Inspektion, Palpation und Behandlung gab es Schwierigkeiten, da einige Patienten, vor allem die Männer, sich nicht vor den Krankenschwestern und mir entblößen wollten. Notgedrungen mussten wir in solchen Fällen auf eine gründliche



Abb. 3
»Synchron-Lymphen« im praktischen Unterricht



Abb. 4
Üben am Patienten



Abb. 5
vor der KPE (M. Schmocker)

Untersuchung verzichten. Die anschließende Behandlung konnte nur modifiziert beziehungsweise durch die Kleidung erfolgen.

Mit Ausnahme des Sonntags erhielten die Patienten täglich eine KPE. Vor der Behandlung wuschen sich die Patienten. Nach jeder manuellen Lymphdrainage (circa 60 Minuten) pflegten wir die trockene, rissige Haut der Lymphödempatienten mit einfachem Kokosnussöl, um den Hautfett- und Säureschutzmantel zu »ergänzen«. Nach der Hautpflege wurde ein mehrschichtiger LKV angelegt.

Das Material für die LKV stammte von meiner Kollegin M. Schmocker und mir. Uns standen eine geringe Menge Schlauchverbände, Polsterwatte, Molelast- und Kurzzugbinden zur Verfügung. Leider hatten wir kein unruhiges Polstermaterial, um fibrotisches Gewebe zu lockern. Hier war Kreativität gefragt. So nahmen wir als unruhige Ebene beispielsweise Molelastbinden, die als Zehnerpack in Folie eingeschweißt waren.

Hinsichtlich des Tragens des LKV war ich von der überwiegend positiven Patientencompliance überrascht. Trotz der hohen Temperaturen wurde der LKV bis zum folgenden Tag konsequent getragen.



Abb. 6
nach zehntägiger KPE

Im Anschluss an die Bandagierung führten wir den Patienten die entstauende Gymnastik vor und erklärten die Verhaltensanweisungen für Ödempatienten mittels Bildern. Nur eine Minderheit der Patienten war nicht gewillt, bei der KPE mitzuarbeiten. Entweder hatten sie die Wirkungsweise der KPE nicht verstanden, oder sie wollten die tägliche Anreise oder das Tragen des LKV nicht auf sich nehmen. Auch die Erklärungsbemühungen der Mitpatienten, die die Erfolge der KPE bereits am eigenen Körper erfahren hatten, konnten daran nichts ändern.

Ergebnisse

Die größten Behandlungserfolge hinsichtlich Umfang und Ödemkonsistenz zeigten sich bei den Patienten in den ersten sieben Tagen der Behandlung (Abb. 5, 6). Es wurden Umfangreduzierungen von bis zu 10 cm erreicht, tägliche Messungen konnten dies belegen. In den darauf folgenden 14 Tagen reduzierte sich der Umfang nur noch geringfügig. Das derbe, fibrotische Gewebe wurde jedoch zunehmend weicher.

Nach der Entödematisierung stellte sich das Problem der Erhaltung der Behandlungserfolge, denn derzeit gibt es in Punea keine Möglichkeit der adäquaten Kom-



Abb. 7
Die vier Krankenschwestern, zwei Auszubildende und ich, nach der Prüfung. »Lymphen verbindet.«

pressionsstrumpf-Versorgung. Daher schulten wir unsere Patienten in der Selbstbandage oder zeigten den Angehörigen, wie ein LKV anzulegen ist. Aber auch dies war keine wirkliche Lösung des Problems, da uns, wie bereits erwähnt, nur wenig Bandagenmaterial zur Verfügung stand und dieses nach häufigem Gebrauch verschliss. Hier erhoffen wir uns die Hilfe der Industrie.

Persönliches Fazit

Meine Zeit in Punea verging sehr schnell, was unter anderem daran lag, dass ich unglaublich viele neue Eindrücke gewinnen konnte. Zum einen war es spannend, unter indischen Bedingungen Filariasis-Patienten mit lymphostatischen Ödemen zu behandeln. Zum anderen konnte ich erfahren, dass das Vermitteln von Wissen an Menschen, die dann damit vielen Betroffenen helfen können, eine sehr befriedigende Arbeit ist.

Neben all den fachlichen Eindrücken habe ich auch viel über das Leben in Indien gelernt. Die Kontakte zu den Krankenschwestern und Ärzten, aber auch zum Personal im »Queen Esther«, dem angegliederten Kinderheim, in dem ich während

meines Aufenthalts wohnte, und den vielen Kindern haben mich nachhaltig geprägt. Vor allem die Herzlichkeit, mit der ich empfangen und umsorgt wurde, hat dazu beigetragen, dass ich mich sehr wohl gefühlt habe und dass viele Freundschaften entstanden sind.

Lymphödem erschwert Lebensmittelbeschaffung

Die Menschen in Bihar leben in einer schwierigen Situation. Die Beschaffung von Nahrungsmitteln (Abb. 2) erfordert weite, beschwerliche Reisen. Die Wege sind schwer passierbar, steinig und staubig. Zur überlebenswichtigen Versorgung ihrer Familien müssen die Menschen also einen Großteil der täglichen Zeit aufwenden. Lymphödemkranke sind hier aufgrund ihrer eingeschränkten Mobilität stark behindert, die Versorgung ihrer Familien ist gefährdet. Hinzu kommt die erhöhte Infektionsgefährdung der trockenen, rissigen Haut in Kombination mit dem allgegenwärtigen Staub und Dreck.

Die Hoffnung

Sollten Sie sich durch meinen Bericht angesprochen fühlen und sich mit Ihrer Fachkompetenz für die Menschen in Bihar einsetzen wollen, möchte ich Sie ermutigen, Kontakt mit mir oder dem ZML aufzunehmen.

Über die Region Bihar

Bihar, das »Armenhaus Indiens« liegt im Nordosten des Landes. In diesem politisch unruhigen Bundesstaat mit der größten Bevölkerungsdichte Indiens leben über 60 % der Menschen unterhalb der Armutsgrenze [1]. Das Durchschnittseinkommen pro Jahr liegt bei 50–55 Euro [2]. Die Alphabetisierungsquote liegt bei lediglich 40 %. Die hygienischen Bedingungen in Bihar sind völlig ungenügend. Die Menschen, die größtenteils in einfachen Hütten leben (Abb. 1), verfügen beispielsweise nur in 30 % der Fälle über eine Toilette. Die Wasserqualität ist ebenfalls schlecht. 50 % der Bevölkerung

hat Würmer im Darm. Die Lebenserwartung liegt bei 58 Jahren, die Kindersterblichkeit ist die höchste in ganz Indien: von 1.000 Kindern sterben 86 vor ihrem fünften Geburtstag [3].

Über Filariasis

Bihar gehört zu den subtropischen Gebieten, in denen Filariasis weit verbreitet ist. Filariasis umfasst eine Gruppe von Nematodeninfektionen, die durch Mückenstiche auf den Menschen übertragen werden. Die Nematoden halten sich vorwiegend in den Lymphknoten und Lymphgefäßen des unteren menschlichen Körperabschnittes auf [4]. Dort entwickeln sie sich zu erwachsenen Würmern (Makrofilarien) beiderlei Geschlechts und produzieren Larven (Mikrofilarien). Wachsen die Larven zu erwachsenen Würmern heran, stoßen sie eine Flüssigkeit und ihre Hülle ab. Die Flüssigkeit, die Larvenhülle, sterbende und abgestorbene Würmer setzen Antigene frei, die allergische Gewebsreaktionen auslösen. Es kommt zu Lymphangitiden, Lymphadenitiden und granulomatösen Reaktionen, die zu Lymphthromben führen. Zusätzlich kommt es zu einer Erhöhung der Kapillarpermeabilität der Blutgefäße und damit zu einer Steigerung der Lymphlast.

Die Inkubationszeit der Filariasis liegt bei acht bis zwölf Monaten. Man unterscheidet zwischen einem akuten und einem chronischen Stadium. Im akuten Stadium treten episodentartig Lymphangitiden und -adenitiden auf, meist in Kombination mit Übelkeit, Fieber, Erbrechen, Kopf- und Muskelschmerzen. Im chronischen Stadium, zehn bis fünfzehn Jahre nach der Infektion, kommt es zu einer Lymphostase aufgrund der permanenten Obstruktion im Lymphgefäßsystem. Da die Würmer sich vorwiegend in der unteren Körperhälfte aufhalten, sind in den meisten Fällen die Beine und die Genitalien von Ödemen betroffen [5].

Literatur

1. **Autor:** Indien – der Norden. M. & T. Barke-meier, **Ort** 2007

2. www.intermission.ch
3. www.aerzte-ohne-grenzen.at
4. Schuchhardt C: Mit der Lymphologie um die Welt. **Verlag, Ort** 2008
5. Weissleder H, Schuchhardt C (Hrsg.): Erkrankungen des Lymphgefäßsystems. Viavital Verlag, Essen 2006

Korrespondenzadresse

Karin Schiller
Zentrum für manuelle Lymphdrainage (ZML)
Goethestr. 17
79183 Waldkirch
E-Mail: chinschiller@hotmail.com