

Aspiratiepneumonie na de tsunami



Een tsunami is een natuurramp die weinig lijkt op *man-made*-rampen, zoals chronische en uitzichtloze burgeroorlogen, hongersnoden of epidemieën. Bij de tsunami die op tweede kerstdag plaatsvond, kunnen we vier verschillende fasen onderscheiden.

In de eerste fase kwamen door het directe geweld van de vloedgolf in twintig minuten tijd ruim 200.000 mensen om; daarna was het gevaar van de tsunami zelf geweken.

De tweede fase wordt gekenmerkt door een groot aantal mensen dat direct (medische) verzorging nodig heeft: gewonden, zwangeren en gehandicapten.

De derde fase heeft betrekking op de zorg voor ontheemden in de vluchtelingenkampen. Het betreft de tienduizenden mensen die hun verwanten, huizen en bezittingen hebben verloren en die behoefte hebben aan onderdak, sanitaire voorzieningen, voedsel,

Veel mensen hadden vervuild zeewater en modder ingeslikt

kleeding en (basale) medische zorg. Het gaat daarbij vooral om interventies op het gebied van de volksgezondheid, zoals vaccinatie tegen mazelen, distributie van klamboes en het voorkomen van cholera, tyfus en dysenterie.

De vierde fase betreft de reconstructie en normalisering. Vooral de psychosociale hulpverlening en de traumaverwerking spelen hier een belangrijke rol. Evenals de wederopbouw van scholen en het bieden van een arbeidsperspectief aan de mannen die door het verzilten van hun rijstvelden en het verlies van hun boten geen inkomen meer kunnen verwerven.

De wereld reageerde massaal op deze ramp; rampenpsychologen zullen zich hierover nog jaren verbazen. Een ommezwaai van mondiale gevoelsarmoede (Bosnië, Rwanda, Darfur) naar oprechte betrokkenheid. Toch moeten wij ons kritisch afvragen welke soort hulpverlening, gezien het karakter van deze ramp, echt noodzakelijk en mogelijk is. In de eerste fase is geen hulpverlening mogelijk. Alleen preventie in de vorm van een tsunami-waarschuwingssysteem had zinvol kunnen zijn, mits er dan ook de mogelijkheid was geweest tot tijdige evacuatie van grote aantallen mensen.

Mijn bemoeienissen betroffen de tweede fase van de ramp. Ik arriveerde twee weken na de tsunami in het gebied aan de oostkust van Atjeh. Ik bezocht daar twee ziekenhuizen: fris ogende kliniekjes, gebouwd in de Hollandse tijd, met elk honderd bedden. Overigens kent het Bahasa Indonesia nog verscheidene Nederlandse medische termen, zoals 'opname', 'verloskamer' en 'aambeien'.

Ruim duizend patiënten waren hier al snel en effectief behandeld door de Indonesiërs zelf, zonder enige internationale hulp.

In de eerste dagen en weken hebben ze zelf lijken geruimd, vluchtelingenkampen gebouwd, waterputten geslagen, mensen gevaccineerd et cetera. Vanuit het gehele eilandrijk werd medisch en logistiek personeel ingevlogen. Ik trof nog slechts enkele traumatologiepatiënten aan. Een jongen die was getroffen door een elektriciteitskabel en -mast. Zijn linkeroor en zijn nek waren verbrand en zijn been was verbrijzeld, zodat het moest worden geamputeerd. Verder een jonge vrouw die in een boom was geklommen. De onder haar voorbijrazende massa van autowrakken en huisraad had haar rechterfemur op twee plaatsen gebroken.

De ziekenhuisautoriteiten vertelden me dat ze vooral behoefte hadden aan zuurstofcilinders en cefalosporinen voor patiënten die bijna waren verdrongen en nu kortademig waren en koorts hadden. Ze leden aan een aspiratiepneumonie. Op deze pathologie waren we niet voorbereid, maar achteraf was die gezien de aard van de ramp natuurlijk wel te verwachten. Veel mensen hadden vervuild zeewater en modder ingeslikt en leden aan het *near-drowning*-syndroom. Hun surfactant was deels weggewassen en pathologische micro-organismen waren diep de longen binnengedrongen. Zo'n vijftig patiënten in de ziekenhuizen waren er inmiddels aan overleden. Ik identificeerde nog zes levende patiënten. Het klinische beeld was indrukwekkend: tachypneu en koorts met crepitaties over alle longvelden. Thoraxfoto's toonden het typische 'horlogeglas'-beeld van de shocklong. De ontoereikende lokale behandeling bestond uit het toedienen van zuurstof en cefalosporinen. Er was geen mogelijkheid om te intuberen en te beademen door middel van positieve eindexpiratoire drukbeademing. Misschien tegen beter weten in ging ik op zoek naar hulp.

In de derde week na de tsunami arriveerden er westerse ziekenhuisvoorzieningen. Australië, Nieuw-Zeeland, Rusland, Estland, Denemarken en het Internationale Rode Kruis stuurden mobiele klinieken naar Banda Aceh. De Verenigde Staten, Frankrijk en Duitsland stuurden (militaire) hospitaalschepen. Deze waren voorbereid op het behandelen van traumatologiepatiënten, maar niet op patiënten met aspiratiepneumonie. Alleen het Duitse schip 'Berlin' had beademingsapparatuur aan boord. Het lukte me om met dit 45 bedden tellende schip contact te leggen en de medische evacuatie door middel van een helikopter voor te bereiden. Helaas overleden twee patiënten de nacht voor de evacuatie. Vervolgens werd één patiënte geweigerd wegens haar te slechte conditie (hypotensie en macroscopische hematurie, kortom sepsis). De drie overige patiënten werden wel overgevoegen.

De overdracht zelf was illustratief voor de mondiale ongelijkheid in de gezondheidszorg. De lokale autoriteiten vervoerden de patiënten, op de vloer van een gammele auto en zonder zuurstof, naar de heliport. Hier namen boomlange, blauwogige verzorgers de regie over. Behangen met apparatuur, twee infusen en zuurstof gingen de patiënten de helikopter in. Hier kwamen de derde wereld en de eerste wereld bij elkaar.

DE FOTO'S ZIJN
HELAAS NIET
BESCHIKBAAR VOOR

Foto 1 en 2: Zuurstof en cefalosporinen voor patiënten die bijna verdronken waren.
Foto 3: Direct na de ramp zijn ruim duizend patiënten snel en effectief door de Indonesiërs zelf behandeld.

Foto 4: Tienduizenden mensen verloren hun familie, huizen en bezittingen.

Aan boord overleden nog twee van de drie patiënten. De elasticiteit van hun longen was bijna volledig verdwenen en de beademings-apparaat kon de benodigde tegendruk nauwelijks opbouwen. De kweken verkregen uit sputum, broncho-alveolaire lavage en pleura-punctaat toonden een mengbeeld van *Acinetobacter baumannii*, *Bordetella avium*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Serratia odorifera* en *Staphylococcus aureus* (MRSA). Het opzienbarende was dat de micro-organismen resistent waren tegen bijna alle antibiotica, zoals piperacilline, ciprofloxacine en doxycyline. Ze waren alleen gevoelig voor meropenem en de MRSA voor vancomycine. Dat in Indonesië zonder medische rechtvaardiging zeer veel antibiotica worden gebruikt, verklaart mogelijk deze resistentie.

Van de zes geïdentificeerde patiënten zijn er dus vijf overleden. Het lot was wreed voor deze mensen. Ze overleefden de tsunami om na een aantal weken van benauwdheid en thoracale pijn alsnog te overlijden. Ook de familie leefde al die weken tussen vrees en hoop. Palliatieve zorg was er niet, morfine was onbespreekbaar, alleen sedatie door middel van diazepam werd toegepast. Twee patiënten overleden 19 dagen na de tsunami en drie patiënten 22 dagen erna. De enige die overleefde, was een man van 20 jaar die op de vijfde dag na de tsunami vijf dagen cefalosporinen kreeg toegediend en die werd heropgenomen op dag zestien. Of deze vroege toediening van antibiotica zijn leven heeft gered, is niet te met zekerheid te zeggen. Het kwam geregeld voor dat patiënten tegen medisch advies in het ziekenhuis verlieten om verwanten en persoonlijk bezit op te sporen. Bij heropname was hun klinische situatie zoveel slechter dat velen alsnog overleden.

Over het aantal mensen dat aan aspiratiepneumonie is overleden, bestaan geen epidemiologische gegevens, en evenmin over de kans op herstel in milde gevallen. Het is onduidelijk in welke mate vroege opsporing en behandeling levens hadden kunnen redden. De lokale behandelingsmogelijkheden waren zeer beperkt en de westerse voorzieningen kwamen te laat en waren alleen voorbereid op patiënten met traumatologie. Pas 22 dagen na de tsunami kon de eerste patiënt worden geïntubeerd. Wat kunnen we hiervan leren?

Het is een moreel dilemma. De internationale hulpverlening richt zich in het algemeen niet op individuele patiënten, en zeker niet als de prognose dubieus is en de behandeling kostbaar. Het is inmiddels wel gebruikelijk om bij grote aardbevingen tevens dialyseapparatuur te bezorgen om patiënten met een crush-syndroom te spoelen. Analyse van de hulpverlening na de aardbeving in Bam (Iran) toonde echter ook aan dat de meeste mensen werden gered door de lokale bevolking en autoriteiten en dat de impact van het internationale hulpverleningscircuit marginaal was. De internationale hulpverlening kan zich beter structureel richten op de preventie en vroege behandeling van ziekten als HIV/aids, tuberculose en malaria in Afrika en Azië. ■

Fokko de Vries,
tropenarts en waarnemend huisarts, werkte op Atjeh voor een internationale medische hulporganisatie