

Bericht Somaliland 29.5. bis 12.6.25

Von Drs Emmanouilidis, Moussa, Ellermeier und OP-Schwester Nußbaumer

Der Einsatz wäre wegen einer kurzfristigen Absage eines Anästhesisten beinahe storniert worden. Wir haben eine Anästhesistin, die mal gesagt hatte, wenn mal jemand dringend gebraucht würde, dann sollten wir sie anrufen. Ich hatte sie angerufen. Sie sagte, am Wochenende sage ich dir Bescheid. Sie sagte zu. Der Flug bis Hargeisa war wie auch sonst normal gelaufen. Im Flughafen Hargeisa ist inzwischen das gesamte Personal ausgewechselt worden. Uns kennt niemand, deshalb verlangte man von uns die Visakosten. Ich sagte, die Visakosten sind bereits bezahlt worden. Sie verlangten von uns die Quittungen.

Derjenige, der uns abholen sollte, telefonierte mehrmals mit Mitarbeitern des Ministeriums. Bis die Bestätigung vom Gesundheitsministerium am Feiertag ankam, hat es eine Stunde gedauert. Erst dann konnten wir passieren und unser Gepäck mitnehmen.

Im Hotel kamen wir gegen 10:15 Uhr an.

Um 14:00 Uhr waren wir im Hospital. Auch im Hospital war das gesamte Führungspersonal gewechselt worden.

Wir Chirurgen haben mit Screenings begonnen. Der Rest des Teams kümmerte sich um die Vorbereitung der Op-Säle.

Klinische Fälle

Über die unterschiedlichen Krankheitsbilder im Somaliland berichteten wir mehrfach. Neben angeborenen Missbildungen im Anal- und Urogenitalbereich, Magendarmtrakt, Lippen- Gaumenspalten, einige Hernie waren vor allen sehr viele Kontrakturen nach Verbrennungen und zwei nach Schlangenbiss zu behandeln.

Einige Kinder hatten über 60% Verbrennung der Körperoberfläche, sie überlebten, obwohl es dort keine Intensivstation gibt.

Alle Verbrennungsoffer hatten massive Kontrakturen, weil dort keine Physiotherapie statt findet. Mehrfach haben wir mit der zuständigen Klinikleitung darüber gesprochen. Diese Kinder mit ihren Müttern bleiben länger in der Klinik stationär. Später werden sie entlassen. Der Verbandwechsel wird meistens ambulant in den Kliniken oder auch zuhause gemacht. Leider, aber verständlich, hält das Opfer wegen Schmerzen die Extremitäten und alle beweglichen Körperteile in Schonhaltung. So entwickeln sich die Kontrakturen. Manchmal entwickeln sich auch fürchterlichen Narbenkeloide (Narbengeschwulst).

Über die Häufung von Verbrennungen haben wir mehrmals mit dem Gesundheitsministerium, den Direktoren und Ärzten gesprochen. Das Ministerium müsste Aufklärung der Bevölkerung unternehmen.

Das 11-jährige Mädchen wurde von einer Schlange gebissen, als es 6 Monate alt war. Die Eltern haben erst jetzt von der Deutschen NGO gehört, die die Kontraktionen an den Händen auch operieren. Wir hatten die Eltern informiert, dass wir nach über 10 Jahren sehr wahrscheinlich wenig Hoffnung haben, die Hand im Handgelenk etwas mobiler machen zu können. Ausserdem werden wahrscheinlich die Sehnen nekrotisch sein. Der Mittelfinger muss amputiert werden. Intraoperativ stellten wir fest, dass die Strecksehnen 3-5 lang streckig nekrotisch waren. Nach 5 stündiger Operation mit Amputation des Mittelfingers und dreimal Sehnentransplantation konnten wir die Hand in die Stellung bringen, wie sie im Foto 2 zu sehen ist. Den Hautdefekt konnten wir mit der Haut des amputierten Fingers decken Fotos 1-2.



1.

2.

Das jetzt 2,5 Jahre alte Kind erlitt Verbrennungen. Leider wurde keine entsprechende Physiotherapie durchgeführt. Alle Finger der linken Hand waren betroffen und kontrahiert. Nach 4-stündiger Operation und Hauttransplantation konnten wir die Fingern so weit in Streckstellung bringen. Wir erreichten ein gutes Ergebnis.

Fotos 3-4, vor Operation, direkt nach der Operation und 14 Tage später.



3.

4.

Das 14-jährige Mädchen erlitt Verbrennungen an beiden Beinen. Links bildete sich ein Hautstrang, dadurch konnte sie den Fuß nicht strecken. Diese Operation dauerte eine Stunde. Das Ergebnis intra- und postoperativ nach 14 Tagen (Fotos 5-6).



5.



6. Intraoperativ

9 Jahre alter Junge. Seit 1 Jahr klagte er über Schmerzen im rechten Knie und Unterschenkel. Inzwischen konnte er nicht mehr laufen. In Schonhaltung in der Hüfte und im Kniegelenk konnte er gerade noch mit einem Gehstock stehen. Etwa Mitte des Unterschenkels an den Tibiakante fistelte es. Das mitgebrachte Röntgenbild zeigte eine massive chronische Osteomyelitis (Knochenmarkentzündung) und Sequesterbildung. Wir konnten operativ den Sequester vom Knochenmark entfernen und eine 30-er Zementkette mit Antibiotikum für ca. 14 Tage in das Knochenmark legen. Bereits nach 5 Tagen konnte der Junge besser laufen (Fotos 7-8)



7.



8.

Beim 9 Monate alten Kind wurde leider bei einer relativ grossen rectovaginalen Fistel (der Enddarm mündete in der Vagina) ein Kolostoma (Sigmoidostoma) gelegt. Das Stoma musste nach einigen Tagen revidiert werden. Gleichzeitig legte man ein Ileostoma (Dünndarmausgang).



Wir liessen eine Gastrografie- Passage durchführen. Der distale Teil des Kolons konnte nicht dargestellt werden. Dann haben wir das Ileostoma geschlossen und den Dünndarm an den blind verschlossenen Dünndarmteil wieder angeschlossen. Nach 2 Tage führte das Kind ab. Beim nächsten Einsatz werden wir die rectovaginale Fistel beseitigen und den Enddarm an die richtige Stelle neu anschliessen
Foto 9.

9.

Das 4 Tage alte Baby erbrach ständig. Der Bauch war tympanisch gebläht. Sonografisch wurde der Verdacht auf Duodenalstenose geäussert. Auskultatorisch waren Stenose -Darmgeräusche zu hören. Wir ordneten eine Gastrografi-Kolonkontrastaufnahme an. Diese zeigte „Stop“ kurz nach der linken Kolonflexur (Dickdarmkrümmung). Wir operierten das Kind und fanden eine Quercolonatresie. Das proximale Kolon hatte ein Lumendurchmesser von über 4 cm, der distale Hungerdarm knapp 1cm. Wir führten eine End-zu-Seit-Anastomose durch. Am 3. Tag führte das Baby ab. Von da an erholte es sich schnell.

Von Ibrahim Moussa MGK-Chirurg



Bild 1: Tumor der rechten Schläfenregion präoperativ (Sklerodermikind)



Bilder 2 und 3: Erster Tag nach der Operation



Bilder 1 und 2: Voroperierte Kinder mit einer doppelseitigen Lippen- und Kieferspalte mit einem schlechten Ergebnis



Bilder 3 und 4: Erster Tag nach der aufwendigen Korrektur mit Erhalt aller Zähne.



Bilder 1 und 2: Voroperierte Kinder mit einer doppelseitigen Lippen- und Kieferspalte mit einem sehr schlechten Ergebnis



Bilder 3 und 4: Zustand nach einer aufwendigen Revision und Rekonstruktion mit Erhalt aller Zähne.

Aus Sicht der Anästhesie
Von Susanne Ellermeier

Im Rahmen der Aktivitäten des Hammer Forums nahm ich zum ersten Mal an der anästhesiologischen Versorgung von Kindern für kinderchirurgische und ZMK-Operationen teil. Das zunächst 9-köpfige Team aus 2 Kinderchirurgen, 2 OP-Schwestern, 2 Anästhesisten, 2 Anästhesieschwestern und 1 Kinderkrankenschwester für Neonatologie traf sich in Dubai, um von dort aus zu unserem Einsatzort Hargeisa in Somaliland weiterzufliegen. Das Team der Operateure wurde wenige Tage später durch den Kieferchirurgen erweitert. Wir trafen am frühen Morgen in Hargeisa ein. Nach einer kurzen Verschnaufpause in der Unterkunft, fuhren wir vormittags zum Kinderkrankenhaus. Wir wurden von dem einzigen dort arbeitenden

Anästhesiepfleger freundlich begrüßt. Nach einer kurzen Orientierungsphase im OP-Bereich / Aufwachraum / Station bereiteten wir die beiden Narkosearbeitsplätze mit Materialien vor Ort und den mitgebrachten Materialien so vor, dass am darauffolgenden Tag der OP-Betrieb beginnen konnte.

Unterstützung erhielten wir durch die sehr interessierten Pflegekräfte vor Ort, über die wir auch fehlende und knappe Materialien und Medikamente besorgen lassen konnten. Sie zeigten großes Engagement und waren auch bereit, zu ungewöhnlichen Zeiten bei der Versorgung der Patienten mitzuwirken. Sowohl das Operations- als auch das Anästhesieteam zeigten einschließlich der Mitarbeiter vor Ort hohe Flexibilität und Erfahrung im Umgang mit vom Standard abweichenden Situationen.



Anästhesie Arbeitsplatz OP

Im Bereich der Anästhesie fanden wir recht gut ausgestattete Narkosearbeitsplätze vor. Beide Plätze waren mit Dräger Geräten (Kreisteile) ausgestattet, allerdings ohne Option der maschinellen Beatmung. Es wurde nach Möglichkeit die assistierte Spontanatmung angestrebt. Wir arbeiteten im halbgeschlossenen System mit Überwachung des Atemzugvolumens und des Beatmungsdrucks. Das Monitoring war ausreichend. Dank eines mitgebrachten Monitors zur Kreislaufüberwachung und Capnometrie konnte der fehlende Monitor an dem zweiten Arbeitsplatz ersetzt werden.

Die Stromversorgung war leider nicht kontinuierlich gewährleistet. Es kam zu intraoperativen Stromausfällen, die Geräte mussten vor Überspannung geschützt werden. Sie wurden ausgeschaltet und erst wieder in Betrieb genommen, wenn die Stromversorgung gesichert schien. Hieraus ergaben sich u.a. Überwachungslücken im Monitoring. Die transportablen batteriebetriebenen Pulsoximeter erwiesen sich hier als sehr hilfreich. Wir waren in solchen Situationen darauf angewiesen, als Hauptmonitoring-Verfahren unseren „klinischen Blick“ wieder zu schulen, um den Patienten während der Anästhesie intensiv zu begleiten und so frühzeitig eine Veränderung der Vitalzeichen zu erkennen.

Am häufigsten wurde die Allgemeinanästhesie als balancierte Anästhesie (Intubation und LAMA) nach Möglichkeit in Kombination mit einem Regionalanästhesieverfahren durchgeführt. Die meisten Kinder kamen bereits mit liegenden Venenzugängen in den OP. Für die Induktion der Anästhesie standen Propofol und Ketamin bzw. Esketamin zur Verfügung. Das Propofol konnte vor Ort



gekauft werden, ebenso das Narkosegas Sevofluran. Opioide wie Sufentanil, Nalbuphin, Piritramid waren ausreichend vorhanden. Von dem Anästhesiepfleger vor Ort wurde Fentanyl bevorzugt. Als Muskelrelaxanzien fanden wir Esmeron und Succinylcholin vor. Beide Substanzen kamen kaum zur Anwendung.

Der Aufwachraum war mit 4 Betten, 2 Monitoren, 2 O₂-Flaschen mit der Möglichkeit der Inhalation gut ausgestattet. Zudem stand ein Wärmebett für die Neonaten / Säuglinge zur Verfügung, welches von der neonatologisch erfahrenen Kinderkrankenschwester stets perfekt vorbereitet war, wenn es benötigt wurde. Auch nach längeren Operationen mussten die Kinder am OP-Ende vollkommen wach sein und alle Schutzreflexe aufweisen, um in den Aufwachraum verlegt werden zu können. Die Mütter übernahmen sofort die Versorgung des Kindes, wobei häufiger eine merkwürdige emotionale Distanz zum Kind und eine Unsicherheit im Umgang mit dem operierten Kind zu beobachten war. Hier war trotz Sprachbarriere die Kinderkrankenschwester bei der Kontaktaufnahme zwischen Mutter und Kind sehr hilfreich.



Wärmebett



Aufwachraum

Aus Sicht der Anästhesie wäre die derzeit fehlende präoperative Risikoevaluierung von Patienten wünschenswert, möglichst im Rahmen der chirurgischen Konsultation. Vor allem wäre die Anamnese der Patienten wichtig, da meist keine weiteren Zusatzuntersuchungen möglich oder vorhanden sind. Eine orientierende körperliche Untersuchung wäre ebenfalls sinnvoll. Die Kinder hatten bei unserem Einsatz häufig Infekte der oberen Atemwege mit eitrigem Schnupfen und / oder eitriger Bronchitis. Der Ernährungszustand war oft sehr mangelhaft, Kinder mit klinischen Zeichen von Eiweißmangel und retardiertem Entwicklungszustand, was sich u.U. auf die Pharmakodynamik und -kinetik der in der Anästhesie verwendeten Medikamente auswirkt.

Neben den kongenitalen Fehlbildungen im Bereich der Kinderchirurgie und den entstellenden Fehlbildungen durch Lippen-/ Gaumenspalten, haben uns besonders die vielen Kinder berührt, vor allem Mädchen, mit Narbenkontrakturen und Keloiden nach zum Teil ausgedehnten Verbrennungstraumata, aber auch die Gewebnekrosen und Kontrakturen aufgrund von Schlangenbissen. So wurden viele teilweise mehrstündige plastisch-chirurgische Operationen notwendig.

Viele Eingriffe waren elektive Operationen. Deshalb sollte die Sicherheit der kleinen Patienten oberstes Gebot sein. Mit diesem Ziel gelang uns weitestgehend ein enges Zusammenwirken von operativem und anästhesiologischen Team. Dies war eine wichtige Grundvoraussetzung zur Kompensation vorhandener Mängel wie Ausstattung, Hygiene, Unterernährung, vorhandenen Infektionen oder anderen die Ausgangssituation des Patienten reduzierenden Erkrankungen.

Als Resümee ist der Gewinn bei einem solchen Hilfsprojekt größer als der Einsatz. Die Freude und Dankbarkeit der Menschen, denen geholfen werden konnte, die Arbeit im Team mit engagierten und wissensdurstigen Menschen vor Ort ist eine persönliche Bereicherung und Motivation. Wir konnten oft keine „schönen“ Narkosen machen, aber ein Angebot zum Überleben bieten. Sinnvolle Medizin ist auch unter einfachen Bedingungen möglich.

Aus Sicht einer OP-Pflegefachkraft Von Klaudia Nußbaumer

Jedes mal ,wenn man nach Hargeisa in das MAS-Kinderhospital geht, ist es ein Stück Vertrautes. Man wird erkannt und mit Namen begrüßt. Neben der nicht immer leichten Arbeit im OP bleiben mir einige Begegnungen mit Kindern in Erinnerung. Immer wenn man über den Hof zur Station ging, traf man auf kleine Patienten, die einem die Hand geben, die Nähe suchten und sich auch ohne Probleme auf den Arm nehmen ließen.

Bei Verbandswechseln konnte ich erleben, wie etliche Mütter in meinen Augen recht hilflos mit ihren Kindern umgingen. Es fiel den Müttern sichtlich schwer, angemessen auf diese ungewohnte Situation zu reagieren. Eine Mischung aus großer Sorge um die

Gesundheit der Kleinen und Unsicherheit im Umgang mit den fremden Helfern.

Die Mütter allgemein wirkten auf mich sehr traurig und sorgenvoll. Sicherlich waren viele von ihnen durch Existenznöte, Armut und Hunger extrem belastet.

Tief bewegt war ich von den vielen Verbrennungen, die die Kinder in Somaliland erleiden. In fast allen Häusern oder besser Hütten ,wird am offenen Feuer gekocht.

Besonders die kleinen Mädchen sind sehr gefährdet für Brandverletzungen. Die Kleidung ist entflammbar, es wird kein natürliches Gewebe getragen. Dazu kommt bei auch sehr kleinen Mädchen der Hidjab, der bei Bewegung weit herum weht und schnell Feuer fangen kann. Die vielen brandverletzten Kinder müssen extreme Schmerzen leiden und gelitten haben.

Seit Monaten lagen sie oft in der Klinik. Die Verbandswechsel zeigten die Ausmaße der Verletzungen. Manchmal wunderten wir uns, dass das Kind bei so großer verbrannten Körperoberfläche noch lebte.

Der Staat müsste dringend für Aufklärung sorgen. Ein Programm gegen diese unglaublich vielen Verbrennungen sollte vom Gesundheitsministerium umgehend gestartet werden.

Zum ersten Mal machte sich im OP-Trakt das instabile Stromnetz der Stadt bemerkbar. Es war noch nie passiert, dass das Stromnetz durch den Dampfsterilisator überlastet war. Nachdem mehrfach die Sicherung herausgesprungen war, entschlossen wir uns mit dem einheimischen Anästhesiepfleger Sugal, den Sterilisator in einen anderen Raum zu schieben.

Das bedeutete natürlich für das OP-Personal längere Wege ,um die Instrumente zu sterilisieren. Aber es war die einzige Möglichkeit um nicht ständig für Stromausfall zu „sorgen.“

Zammenfassung

Von den 3 Kindern mit Analatresie (angeborene Fehlbildung des Enddarms d.h. die Öffnung des Afters ist nicht vorhanden), konnten wir nur eins operieren. Dann streikte unser EMG-Gerät (Elektromyographie), wir konnten es nicht mehr reparieren. Deshalb haben wir die 2 Kinder auf den nächsten Einsatz im Dezember verschoben.

In 11 Tagen konnten wir 256 Kinder untersuchen und 124 davon operieren. Zwischen den Operationen nutzen wir Chirurgen die Zeit und untersuchten die Kinder. So konnte der Op-Plan für die nächsten Tage vollgeschrieben

werden. Für Anästhesie war es aber zeitlich nicht möglich, gleichzeitig die Kinder zu untersuchen und premedizieren. Wir haben über dieses Problem des öfteren gesprochen. Eine praktikable Lösung konnten wir bei dem Andrang von so vielen Kindern nicht finden.

Die gesamte alte Kinderklinik einschliesslich der Neonatologie war voll besetzt, deshalb wurden alle operierten Kinder in dem neuen Gebäude untergebracht.

Es hat sich wieder gezeigt, wenn die Neonatologie voll ist, dann hat ein/e Neonatologe/in Einiges zu tun und muss gleichzeitig auch im Aufwachraum grosse Hilfe leisten. Deshalb werden wir in Zukunft versuchen, Neonatologie Personal -Kinderarzt oder Schwester mit Neonatologie Erfahrung- für Somaliland mitzunehmen

Die gesamte Direktion des Kinderhospital wurde gewechselt. Frau Dr Khadra kam als Direktorin wieder zurück. Herr Dr Farhan war für unser Team die wichtigste Kontaktperson. Leider waren diesmal keine anderen Ärzte dabei. Herr Farhan hat trotzdem alles so weit im Griff gehabt, sodass wir durchweg auf seine Hilfe beim Übersetzen, Visite machen zurück greifen konnten, und zwischendurch assistierte er uns sogar. Diese kurze Zeit war für ihn sicher auch ziemlich stressig. Wir haben darüber mit Dr Khadra gesprochen. Sie wird beim nächsten Einsatz noch 1-2 Chirurgen zu uns schicken. Am vorletzten Abend lud uns die Direktorin zum Abendessen ein. Einige von uns haben Kamelfleisch gegessen . Wir alle haben den netten Abend genossen.

Das gesamte Team einschliesslich des einheimischen Personals ist der Meinung, dass wir gute Arbeit geleistet haben. Alle haben zugepackt, wenn Hilfe notwendig wurde. Wir sagen allen danke für das sehr gute Arbeitsklima, für die kurzen aber netten Gespräche beim Abendessen - halt für euren Einsatz.

Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass die mitgebrachten Präparate kostenlos im Klinikum Herford von dem Chefarzt Herrn Dr Minin und seiner Mannschaft befundet werden. Dafür sagen wir im Namen der Kinder herzlichen Dank. Ein extra Danke möchten wir der Reinigungsfrau sagen, die immer da war, - egal wann wir fertig wurden. Sie entsorgte den gesamten Müll und reinigte den Op-Trakt.

Dem Küchenpersonal gebührt auch ein Dank für das schmackhafte Mittagessen.

Einmal beim Essen kam das Personal zu mir und zeigte mir die neue renovierte Küche, das Mobiliar, den Backofen und bedankte sich beim Hammer Forum. Das Hammer Forum übernahm die Renovierungskosten und die Kosten für den Backofen mit den Kochplatten (Fotos10-12)



10.

11.

12.



Foto 13: Das Team von rechts: Frau H. Krösslhuber, (Kinderkrankenschwester), Frau H. Sinn (Op- Schwester), Herr Dr B. Mokhaberi (Kinderchirurg), Frau Dr W. Beyen (Anästhesistin), Frau K. Nußbaumer (OP-Schwester), Frau G. Marischen-Kracke (Anästhesie Schwester), Herr Dr Th. Emmanouilidis (Chirurg), Herr Dr I.Moussa (MKG_Chirug), hinten: Frau J. Markovikova (Anästhesie Schwester), Frau Dr. S. Ellermeier (Anästhesistin).