

## Das Schicksal eines Nomadenkindes in Somaliland

Einsatz vom 15.02 bis 01.03.25

Von Dr Th. Emmanouilidis

Die Teammitglieder kamen aus ganz Deutschland und trafen sich in Frankfurt im Flughafen. Alle haben schon mal Einsätze mit dem Hammer Forum gemacht.

Unser Flug via Addis war reibungslos, aber die Flugzeit mit langer Umsteigezeit sehr ernüchternd.

Pünktlich am 16.02.25 um 11:25 Uhr landeten wir in Hargeisa, der Hauptstadt von Somaliland. Am Nachmittag begannen wir mit der Untersuchung von Kindern. Einige von uns bereiteten die Operationssäle vor, damit wir am nächsten Tag mit den Operationen anfangen können.

Hargeisa liegt ca. 1.350m. hoch, dementsprechend sinkt in der Nacht im März die Temperatur bis auf 9 Grad zurück.

In Hargeisa sind nur sehr wenige Hauptverkehrsstrassen asphaltiert. Eine den Hauptstrasse, die zum Flughafen führt, wird zur Zeit repariert. Auf der Strasse herrscht immer Chaos, weil weder Schilder noch Ampeln oder Ausweichwege gezeigt werden. Im Gegenteil - viel Schutt, Steine liegen überall und die Maschinen und Bulldozer, LKWs mitten drin versperren den Weg, keine Wegbeschreibungen. Viele Fussgänger versuchen irgendwie voran zu kommen. Keine Polizei, die den Verkehr regeln könnte. Jeder versucht irgendwie, voran zu kommen, es geht stop and go.

Mehrmals haben wir berichtet, wie die Gesellschaft in Somaliland funktioniert, auch über die Machtteilung in ein Zweikammer-Parlament des autonomen Staates.

Trotz der schwierigen wirtschaftliche Situation versucht das Land ,die Situation der Bevölkerung zu verbessern. Es gibt einige Reiche und eine kleine Mittelklasse, der wesentlich grössere Rest der Bevölkerung ist bitter arm. Dennoch gewinnt man den Eindruck, dass die Menschen positive Stimmung ausstrahlen und eher zufrieden sind.



1.



2.

## Klinische Fälle

Dieses Kind (Fotos 3-6) erlitt vor 3 Jahren schwere Verbrennungen. Leider wurde auch bei diesem Kind keine Physiotherapie durchgeführt. So entstanden derbe Narben und Kontraktionen. Nach 4,5 Stunden Operation konnten wir sorgfältig die Hautschwarten entfernen, dabei mussten wir die Sehnen freilegen. Die entstandenen Hautdefekte wurden mit Vollhaut aus dem Unterbauch gedeckt, der Unterarm in Gips ruhig gestellt. Sieben Tage später wurde der erste Verband durchgeführt und die Drähte von den Fingern entfernt. Alle Hauttransplantate sind angewachsen. Danach musste noch die Hand für 5-6 Tage ruhig gestellt werden. Erst dann folgte die Physiotherapie d.h. die Bewegung der Hand und der Finger. So konnte die Gelenkfunktion des Handgelenkes und der Finger wieder hergestellt werden. Wir sind mit dem guten Ergebnis sehr zufrieden.



3.



4.



5.



6.

Vor ca. 2,5 Monaten hatte das 1,5 jährige Mädchen Husten und hohes Fieber. Dann sahen die Eltern, dass der rechte Unterschenkel dick geworden ist, und die Kleine klagte über Schmerzen im Unterschenkel. Das Kind wurde in die Kinderklinik gebracht. Dort wurde am unteren Drittel des Unterschenkels rechts eine Schwellung festgestellt. Der Chirurg hat den Abszess eröffnet. Die Unterschenkelschwellung blieb. So erfolgte eine Röntgenaufnahme des Unterschenkels. Die Röntgenaufnahme wurde als normal beschrieben. Wir aber sahen eine Panosteomyelitis (Knochenmarkentzündung). Wir führten eine Operation durch, es entleerte sich Eiter aus dem Knochenmark. Wir spülten die Markhöhle und legten eine Drainage für 5 Tage. Die Drainage haben wir nach 5 Tagen entfernt, die Schwellung ist völlig weg und das Kind spielte munter mit dem Handy im Bett (Fotos 7-8).



7.

8.

12 Jahre alter Junge erlitt vor 1 Jahr Verbrennungen. Die Wunden heilten mit erheblich dicken Narben, den sog. Keloiden (Narbengeschwulst). Er klagte über Juckreiz. Wir haben die dickste Hautschwarte entfernt und den relativ grossen Hautdefekt durch ausgedehnte Mobilisierung der Haut rund um den Defekt geschlossen. Die anderen 3 werden wir nach und nach entfernen (Fotos 9-10)



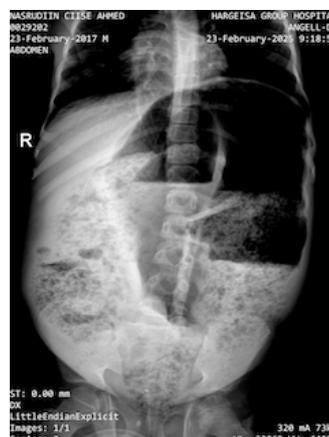
über Juckreiz. Wir haben die dickste Hautschwarte entfernt und den relativ grossen Hautdefekt durch ausgedehnte Mobilisierung der Haut rund um den Defekt geschlossen. Die anderen 3 werden wir nach und nach entfernen (Fotos 9-10)

Die Geschichte des 9-jährigen alten Nomadenkindes hat uns alle sehr berührt. Er ist das siebte von 9 Kindern. Bereits nach der Geburt hatte das Kind Probleme mit dem Stuhlgang. Anfänglich hatte er 1x in der Woche Stuhlgang. Als er 3 Jahre alt war und länger als 3-4 Wochen keinen Stuhlgang hatte, brachte ihn die Eltern nach Äthiopien. Dort wurden ausgiebig Einläufe gemacht, bis der Bauch dünner und der Darm leer wurden. Das Kind wurde entlassen. Die Eltern sagten uns, dass sie keine Information bekommen haben und wussten nicht, was ihr Kind hat. Seither hatte das Kind einmal im Monat oder sogar alle zwei Monate etwas Stuhl. Jetzt soll das Kind in den letzten 5-6 Monate nicht Stuhlgang gehabt haben. Das Kind bestand praktisch nur aus dem Bauch Foto 11.

Es war sehr abgemagert, wirkte teilnahmslos. Die Fotos sprechen für sich, weitere Beschreibung seines Zustandes ist nicht notwendig.

Das Röntgenfoto zeigt den extrem erweiterten Dickdarm voll mit Stuhl und Luft.

Wir konnten erst am nächsten Tag in Narkose das Kind untersuchen, weil sein After sehr eng war, und wir mussten versuchen, durch Einlauf den Darm zu entleeren. Wir legten ein Darmrohr und spülten den Darm über eine Stunde lang mit viel Wasser. Es entleerte sich viel Stuhl, aber vor allem Luft. Die Fotos vor und nach dem Einlauf sprechen für sich. Drei Tage später haben wir einen Darmausgang rechts (Coecostoma) angelegt und für die Histologie Biopsien (Gewebe) aus der Rectum (Mastdarm) entnommen. Wir haben den Verdacht, dass direkt oberhalb des Afters, also im Bereich des Enddarmes, keine Ganglien (Nervenzellen) vorhanden sind. Das ist die Ursache der Einengung. Unsere Diagnose war Hirschsprung Krankheit. Dieses Gewebe haben wir mitgenommen. Es wird im Klinikum Herford von dem Chefarzt der Pathologie, Herrn Dr Minin, befundet. Wenn sich die Diagnose bestätigt, dann werden wir das Kind bei unserem nächsten Einsatz im Juni operieren und diesen Darmteil entfernen.



11-12. vor dem Einlauf



13. nach dem Einlauf



14. ca. 3 Stunden nach Coecostomie  
und Gewebe - Entnahme

Das 14 Jahre alte Mädchen erlitt vor 1,5 Jahren Verbrennungen, vor allem am Oberkörper und an den Armen. Sie wurde vor 6 Monaten in Äthiopien operiert. Jetzt sind feste Narbenschwarten entstanden und die Arme in der Axilla an der Brustwand verwachsen. Dadurch war die Mobilität der Arme im Schultergelenk, vor allem rechts, stark eingeschränkt. Wir konnten die Hautschwarten in der Achselhöhle resezierieren und den Defekt teils mit Verschiebeplastik und teils mit Vollhaut aus dem Unterbauch decken. Der Arm wurde in Abduktionsstellung für 8 Tage ruhig gestellt. Mit dem guten Ergebnis sind das Mädchen, ihre Eltern und wir sehr zufrieden (Fotos 15-16).



15.



16.

Drei Tage alter Säugling mit Anus- Ektopie (angeborene Fehlbildung des Afters) wurde uns vorgestellt (Foto 17). Wir haben bereits am nächsten Tag ein Colostoma (künstlichen Darmausgang) angelegt. Beim nächsten Einsatz im Juni oder im Dezember werden wir das Kind erneut operieren und das Darmende in den Schließmuskelkomplex positionieren.

Foto 18: wir operieren einen ein Jahr alten Säugling mit Aftermissbildung. Es folgt die operative Rekonstruktion des Analkanals. Der Enddarm wurde mobilisiert und im Schließmuskelkomplex positioniert.



17.



18.

## Zusammenfassung

Der Koordinator Herr Dr Farhaan wurde von der Direktion erst 11 Tage zuvor über unsere genaue Ankunftszeit informiert. Dennoch hatte er gemeinsam mit Schwester Mona versucht, viele registrierte Kinder einzubestellen. Diesmal haben sie sehr viele Kinder, sicher über die Hälfte nach Verbrennungen mit Keloiden, Kontrakturen und Gelenkversteifungen einbestellt.

Wir haben immer versucht, um 08:00 Uhr mit der Visite auf den Stationen (Kinder und Neonatologie) zu beginnen. Abends erfolgte erneute Visite bei den frisch Operierten.

In 11 Tagen konnten wir 263 Kinder untersuchen und davon 67 operieren.

Am Sonntag habe wir morgens Visite gemacht und anschliessend mit den Einheimischen zuerst eine Dromedar- Farm ( Somalisch Kamelfarm, dort wird nicht zwischen dem Ein- oder Zweihöcker Tier unterschieden) besucht. Für

Somali sind das alles Kamele. Dort haben einige von uns Dromedar-Milch und



Fleisch probiert. Danach den Markt aufgesucht und etwas von Gewürzen eingekauft.



An einem Tag und ganz unerwartet erschien im Operationssaal der neue Gesundheitsminister. Nach der Begrüßung bedankte er sich für unseren Einsatz und verabschiedete sich und sagte „God bless you“.

Ich möchte dem Team danken für die tolle Arbeit, die wir geleistet haben, und für das sehr angenehme Arbeitsklima. Alle sind der Meinung, dass der Einsatz erfolgreich war.

Grosser Dank gilt auch dem Küchenpersonal. Sie bereiten auf sehr beengtem Raum und Abstellräumen köstliches Essen. Obwohl Kochfelder, Waschbecken, Arbeitsplatten, Regale usw. nicht ausreichend sind, improvisieren sie und bereiten im Durchschnitt für über 50-60 Personen das Essen. Die Küche sollte schon letztes Jahr renoviert werden. Mangels Geld geschah nichts. Das Hammer Forum hat dann beschlossen, die Renovierungskosten 5.700 USD zu übernehmen. Wir werden mittags dort auch kostenlos versorgt.





Das Team von rechts: Dr G. Braun (Anästhesist), Dr Th. Emmanouilidis (Chirurg), Frau A. Angerhofen (Op-Schwester), Dr W. Bayen ( Anästhesistin), Frau F. Lucas (Op-Schwester), Frau N.Niedertubbesing (Anästhesie -Schwester und Studentin), Dr S. Reineke (Kinderchirurg).



