

Die Korruption ist das grösste Problem in DR Kongo.

Einsatz vom 14.5. bis zum 28.5.2024.

Von Dr Emmanouilidis



Zum ersten Mal flogen wir an einem Werktag in den Kongo.

Diesmal ging der Flug via Angola nach Kinshasa und dauerte ca. 11 Stunden (Foto 1).

Frau Nussbaumer hat ausführlich über das allgemein Erlebte im Kongo berichtet. Deshalb werde ich nur Folgendes hinzufügen und dann über die medizinische Arbeit berichten.

Der Rückflug war noch stressiger, weil wir mit dem zweiten Bus um 08:00 Uhr fahren mussten. Der Busfahrer kam etwas später, sodass wir Kikwit erst gegen 09:00 Uhr verlassen konnten.

Der untermotorisierte Bus fuhr nur bergab etwa schneller. Gewöhnlich finden bei der Rückfahrt selten Kontrollen statt. Diesmal jedoch gab es 9 Kontrollen, die ziemlich lange dauerten, denn die Polizeistreifen wollten von uns Geld haben. Wir reagierten nicht darauf; deshalb wollten sie erst unsere Visa und dann auch die Pässe sehen. Wir gaben immer Kopien ab. Da wir nicht genug Kopien hatten, wollten wir nach der Registrierung die Kopien wieder zurück haben. Eigentlich fand keine Registrierung statt, sondern sie wollten Geld haben. Bei einer Kontrolle nahm der Kontrolleur die Kopien und kam nicht zurück. Der Ticketschaffner ging zu dem Polizisten, gab ihm 5.000FC= 1,85USD und nahm die Kopien mit. Wir erstatteten ihm die 5.000FC.

Inzwischen war es 18 Uhr geworden, und bis zum Flughafen lagen noch ca. 20 Km vor uns. Diese kurze Strecke dauert bei chaotischem Verkehr und Rush-hour immer noch fast 1 Stunde. Ich sagte ganz laut zu dem Chauffeur, wenn Sie den Flughafen noch vor 19:00 erreichen, werde ich Ihnen 10Dollar geben. Plötzlich steuerte er den Bus auf die andere Strassenseite und fuhr ca. 4-5 Km gegen den Verkehr. Dann wechselte er wieder die Spur und fuhr weiter schnell auf der richtigen Straßenseite ohne Rücksicht auf den Strassenverkehr und erreichte um 18:54 den Flughafen. Ich gab ihm gerne 10€, weil ich in dem Moment keine 10 Dollar zurHand hatte und bedankte mich.



Als wir gegen 14,30 Uhr im Hospital ankamen warteten über 150-200 Kinder auf uns (Foto 2)

Klinische Fälle

Ich begann mit den Screenings, und die anderen -Anästhesist und Op-Schwester richteten die 2 Op-Säle ein.

Der 2-jährige Junge zog sich vor 3 Tagen einen Spiralknochenbruch am Oberschenkel links zu. Wir haben ihn operiert und den langen Spiralbruch mit einer Drittelrohrplatte versorgt. Das Metall werden wir im November entfernen (Fotos 3-5).



3.

4.

5.

Bereits seit 2 Jahren klagte der 9-jährige Junge über Schmerzen an seinem Arm und dem Unterschenkel. Dann waren Schwellungen aufgetreten und später Fisteln. Die Röntgenaufnahmen zeigen eine Panosteomyelitis (Entzündung des gesamten Knochenmarks) der Elle und des Schienbeines. Wir konnten die Sequester von den beiden Röhrenknochen entfernen (Fotos 6-7).



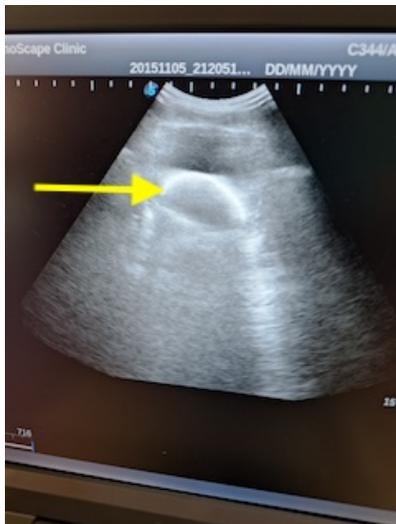
6.

7.



Der 1,5 Jahre alte Säugling war ohne After geboren. Der Mastdarm mündete am unteren Rand der Vagina. Die Operation dauerte über 2 Stunden. Wir konnten den Mastdarm an die richtige Stelle bringen und dort annähen (Foto 8)

12-jähriger Junge klagt seit über einem Jahr über Schmerzen im Unterbauch vor allem beim Urinieren, ausserdem könne er oft kein Wasser lassen. Die Ursache: weil (Foto 9) ein Blasenstein, etwas grösser als ein Entenei (Foto 10), rau und fest an der Schleimhaut der Blase angewachsen war. Es war schwierig, ihn zu entfernen. Aus der Schleimhaut blutete es zunächst diffus. Die ersten Tagen lief aus dem Blasenkatheter Urin. Danach wurde es weniger, weshalb wir zusätzlich einen Cystofix (Katheter) über die Symphyse in die Harnblase anlegen mussten.



9.

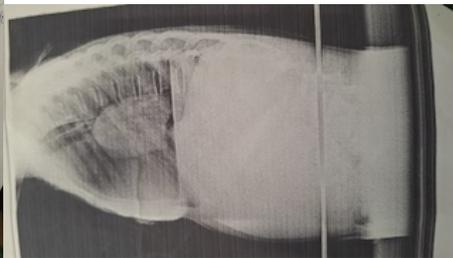
10.

Das 13-jährige Mädchen hatte sich gegen einen Vergewaltiger gewehrt, daraufhin stach er sie mit einem Messer seitlich in den Brustkorb links. Sie wurde in das Hospital gebracht. Seit 2 Monaten lag das Mädchen dort. Aus der Stichstelle floss Eiter. Die Kollegen übersahen den totalen Kollaps der Lunge. Das Mädchen wurde uns nur wegen der Fistel vorgestellt. Wir sagten, dass eine totale Atelektase der Lunge (Foto 11) vorliegt. Sie wollten dies nicht glauben und waren erst gegen eine Operation. Nach Aufklärung der Familie stimmte der Vater für die Operation. Wir

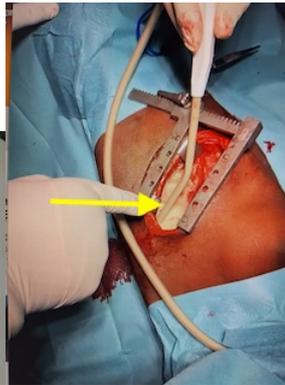
konnten über 500ml Eiter absaugen (Foto 13). Ausserdem fanden wir auch ein gut Daumen grosses Loch im Zwerchfell (Foto 14). Dahinter hatte sich eine Tasche voll mit Eiter gebildet. Nach Absaugen konnten wir diese auch drainieren. Eine Dekortikation der Lunge nach 2 Monaten war nicht möglich. Auf eine Resektion der Lunge haben verzichten müssen, weil 2 Tage später unser Einsatz zu Ende war. Falls Komplikation z.B. eine Bronchialfistel entstehen würde, hätte das Kind nicht operiert werden können. Die Kollegen sagten uns, dass bisher im Hospital Thorakotomien nur von uns durchgeführt wurden. Tatsächlich haben wir dort bisher 4 Thorakotomien wegen Verletzungen oder nach Entzündungen der Lunge durchgeführt.



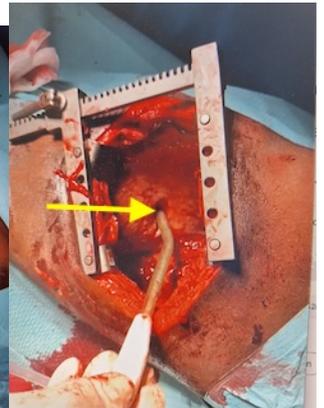
11.



12.



13.



14.

Das 8-jährige Kind erlitt vor 2 Jahren Verbrennung an der rechten Hand. Es wurde nicht sachgemäss behandelt. Deshalb entstanden Kontrakturen am II-IV Finger. Wir konnten in ca. 2,5 Stunden die Narben von den Fingern entfernen und mit Vollhaut aus dem Unterbauch decken. Mit den Drähten und einer Gipsschiene konnten wir die Fingen samt Hand für 7-8 Tage ruhig stellen (Fotos 15-16).



15.



16.

Der 12-jährige Junge war von einer Schlange gebissen worden. Er wurde in seinem Dorf vom Medizinmann behandelt. Danach in einem Gesundheitszentrum. Als die Eltern erfahren haben, dass wir in Kikwit sind, brachten sie das Kind zu uns. Das Kind war stark abgemagert und zeitweise nicht orientiert.

Der ganze Arm war bereits mumifiziert und am Schultergelenk war das gesamte Gewebe eitrig, nekrotisch und es roch penetrant (Fotos 17-18). Der Arm hing praktisch nur an zwei Sehnen. Gefäße waren thrombosiert und die Nerven abgestorben. Der Arm liess sich ganz leicht von dem Schultergelenk entfernen. Wir reinigten die Wunde, entfernen soweit wie möglich das abgestorbene Gewebe. Die Wunde soll offen bleiben, verbunden werden, bis sie sich weitgehend gereinigt hat. Erst dann soll sie mit Vollhaut gedeckt werden. Wahrscheinlich werden wir im November die Hauttransplantation der Wunde durchführen.



17.



18.

Vor 3 Jahren ist das Kind gefallen sein und hat sich dabei einen Unterschenkelbruch zugezogen. Der Bruch war ca. 4cm distal des Kniegelenkes. Vor 1 Jahr operierten wir die krumm gewachsene Fraktur. Jetzt sollte das Metall entfernt werden. Wir konnten die Platte entfernen. Die Mutter brachte jetzt aus ihrem Dorf - ca. 140 Km entfernt vom Hospital- einen halben Sack voll mit Bananen, Erdnüssen und verschiedenen exotischen Früchte, um sich bei uns zu bedanken. Wir haben uns über diese Geste sehr gefreut. Bei der Entlassung des Kindes gaben wir ihr Geld für den Transport. Sie sagte „ich kommen im November wieder, um Sie zu sehen“.



19.



20. Beim Entfernen einer Milz



Im Hospital gibt es keine Küche und kein Essen. Deshalb müssen sich die Patienten selbst versorgen. Das Foto 21 zeigt, wie die Patienten im Hospital auf einem Kessel mit Holzkohle ihr Essen zubereiten.



22.



23.



24.



25

Zusammenfassung

In 11 Tagen konnten wir 422 Kinder untersuchen und 119 operieren. Das erreichten wir, weil wir fast immer vom 08:00 Uhr bis 19:00 Uhr gearbeitet haben.

In der ganzen Zeit hat es ungewöhnlicherweise nur ein einziges Mal ganz kurz geregnet. Die Einheimischen sagten uns, „seit Monaten hat es wenig geregnet. Die klimatischen Veränderungen sind auch dort ziemlich stark zu spüren.

Unserem Projektleiter vor Ort Herrn Dr Tollo möchte/n ich/wir für alles, was er für uns vor der Einreise und vor Ort getan hat, danken. Danken auch für die Aufnahme in sein Haus. Wir haben uns dort wohlgefühlt. Wir konnten dort kochen, essen und einige von uns auch dort übernachten.

Der Dank geht auch an die einheimischen Kollegen Herren Dr Mobaya und Ebun sowie das anwesende Op-Personal.



26. Das Team vorne rechts: Frau Nussbaumer (OP-Schwester), Frau Kocabay (Anästh. Schwester), Frau Woldu (Assistenzärztin), Dr. Beyen (Anästhesistin), Frau Fischer (Op-Schwester), Dr Abadi (MGK-Chirurg), hintere Reihe von rechts: Dr Tollo, Dr Emmanouilidis (Chirurg), Dr Sabbagh (Anästhesist), Dr Tehrani (MGK-Chirurg), Frau Dr. Staude (Kinderärztin).