

Einsatzbericht Kongo 13.11 bis 01.12.2019

Von Dr. Emmanouilidis und Dr. Moussa

Die ersten drei Tage in Kinshasa hatten Frau Broadbent und ich mit Papierformalitäten zu tun. Wir müssen alle 5 Jahre die Zollbefreiung (Arreté) des Hammer Forum erneuern. Da die kongolesischen Behörden anders arbeiten als man sich vorstellen kann, reichten 2 ganze Tage nicht aus, einem Beamten die fertigen Anträge zu übergeben.

Am 17.11. nachmittags kamen wir alle gemeinsam in Kikwit an. Im Hospital warteten über 30 geduldige Kinder auf uns (Foto 1). Wir konnten die Kinder untersuchen.



Foto 1, Gelber Pfeil Ambulanztür

Die Situation der Universitätsklinik ist die gleiche geblieben, nur die Ärztezahl hat erneut zugenommen. Vor 10 Jahren waren insgesamt 10 Ärzte im Hospital angestellt, vor 5 Jahren waren es 30, vor 2 Jahren 55 und jetzt sind 75 Ärzte angestellt, bei nicht mal 200 Patienten. Das Hospital hat insgesamt 700 Angestellte. Allerdings kommen weder alle Ärzte noch das übrige Personal tgl. zur Arbeit. Es kommen nur die Diensthabenden und die, die etwas zu operieren haben. Die anderen versuchen in Privatkliniken oder Praxen Geld zu verdienen.

Während Dr Moussa und ich Kinder untersuchten, bereitete das übrige Team den OP-Saal vor und sortierte das Material im Lager. Später haben Katharina und Doris das gesamte Lager gereinigt, das Material in den Regalen sortiert, beschriftet und wieder Ordnung geschaffen. Erst jetzt sieht man, dass manches an Verbrauchsmaterial nachgeliefert werden muss, sonst können wir nächstes Mal nicht operieren.

Die meisten Teammitglieder waren schon des Öfteren in Kikwit. Deshalb war es für alle und auch für das einheimische Personal einfach, die Abläufe festzulegen.

Klinische Fälle

In den letzten 2 Jahren kamen vermehrt Kinder mit Sichelzellanämie (Trepanozytose) zu uns. 5 kamen jetzt, 4 davon konnten wir operieren. Das 5-jährige Mädchen wurde bereits 5x transfundiert. Bei der Untersuchung und anschließender Sonographie des Abdomens konnte eine um fast das 20-fache vergrößerte Milz nachgewiesen werden. Der Hämoglobinwert bei der Operation betrug 4,3 %. Die Operation verlief völlig normal, und direkt nach der Operation transfundierten wir 200 Mill Blut. (Foto 2. Milz, ca. 2,5 bis 3 Kg schwer).



Foto 2, Milz

Das 7-jährige Mädchen kam mit hohem Fieber vor einer Woche ins Hospital. Auf der Notfallstation des Hospitals bekam es eine Infusion und Paracetamol. Die Eltern hörten von unserem Kommen und brachten das Kind in den OP-Trakt direkt zu uns. Das Kind war kurzatmig, die Sauerstoffsättigung betrug 72 %. Auskultatorisch war die rechte Thoraxhälfte nicht beatmet. Unter Sauerstoffgabe ließen wir eine Thoraxaufnahme durchführen. Unsere klinische Diagnose bestätigte sich. Außerdem zeigte die Aufnahme Flüssigkeit im Thoraxraum. Zuerst wollten wir eine Drainage legen und versuchen, die Lunge aufzublähen. Dies gelang nicht. Aus der Thoraxdrainage floss stinkender Eiter und kam viel Luft heraus. Sofort führten wir eine Thorakotomie durch. Gut 300-400 Mill Eiter konnten abgesaugt werden. Dann entdeckten wir ein gut linsengroßes Loch im Unterlappen, aus dem die Luft kam. Dieses wurde luftdicht zugenäht. Die gesamte Lunge war von alten weißlichen Fibrinmembranen überdeckt. Diese wurden weitgehend entfernt, erst dann konnte die Lunge aufgebläht werden. Mit liegender Drainage konnte die OP beendet werden. Am 4. Post-OP-Tag nach Röntgenkontrolle des Thorax wurde die Drainage entfernt und am 6. Post-OP-Tag konnte das Kind entlassen werden (Foto 3).



Foto 3

Auch diesmal mussten wir mehrere Peritonitiden operieren. Das 12-jährige Mädchen klagte seit über 2 Wochen über Bauchschmerzen. Vor 8 Tagen kam es in das Hospital. Wurde auf Malaria behandelt. Die Bauchschmerzen ließen nicht nach. Die Eltern brachten das Kind zu unserer Ambulanz. Klinisch bestand eine Peritonitis (Bauchfellentzündung), die Sonographie zeigte freie

Flüssigkeit im Abdomen und vor allem im Douglasraum, sowie erweiterte Dünndarmschlingen. Wir operierten das Kind sofort. Es entleerte sich Eiter aus dem Abdomen. Im Douglasraum bildeten mehrere Dünndarmschlingen ein großes Konglomerat. Sie waren miteinander und mit der Blase fest verbacken. Sie ließen sich schwer mobilisieren. Als ich endlich dieses Konglomerat frei bekam, stellten wir fest, dass der Blinddarm die Ursache der Entzündung war. Der Blinddarm wurde entfernt, der Bauch gesäubert, gewaschen und alle Organe von den Fibrinmembranen befreit. Am nächsten OP-Tag ging es dem Kind besser, und am 7. Post-OP-Tag konnte es entlassen werden.



Foto 4, Peritonitis Operation

Der 12-jährige Junge lag 7 Tage mit der offenen Fraktur des Unterschenkels auf der Station. Die Wunde war entzündet, der Schienbeinknochen (gelber Pfeil Foto 5) lag frei, Haut und Teile des Muskels waren nekrotisch, aus dem Knochenmark entleerte sich stinkende gelbliche Flüssigkeit. Die Fraktur musste stabilisiert werden. Wir haben keinen Fixateur. Also musste eine Metallplatte her. Unser Acculan Bohrer funktionierte nicht, nur mit viel Geduld und wiederholten Bohrversuchen konnten 6 Löcher gebohrt werden. Danach gab der Bohrer seinen Geist ganz auf. Mit dem Ergebnis sind wir trotzdem zufrieden (Fotos 6+7).



Foto 5



Foto 6



Foto 7

Aus MGK-Chirurgischer Sicht

Was meine Fachrichtung Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie betrifft, war es dieses Mal anders als letztes Mal. Zum einen war kein einziges Kind mit einer Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte mit dabei. Zum anderen erfuhr ich durch unseren Projektleiter vor Ort Herr Bienvenu, dass alle Kinder mit solchen angeborenen Fehlbildungen im Lippen-, Kiefer- und Gaumenbereich nach Kinshasa gekarrt worden sind, da eine andere Organisation, „Operation -Smile“ mittlerweile im Kongo agiert und Säuglinge bzw. Kinder aus den weit entlegenen Provinzen, unter anderem die Provinz Kikwit, mit Bussen nach Kinshasa bringen lässt, um sie dort zu operieren. Die langen Fahrten von 10 bis 15 Stunden sind für die Säuglinge und Kinder bei sehr schlechten Straßenverhältnissen nicht zumutbar. Informationen zur Folge wurden von 200 Kindern dort das letzte Mal nur 55 operiert. Ich konnte dieses Mal insgesamt 31 Patienten untersuchen und 25 operieren.

Leider ist ein fast 1-jähriges Kind mit der Diagnose eines Lymphangioms der Unterlippe trotz komplikationslosen Operations- und Narkoseverlaufs abends gegen 23 Uhr beim Stillen trotz Reanimationsversuche der Krankenhausärzte vor Ort plötzlich verstorben. Die Todesursache ist nicht eindeutig klar.

Fallbeispiele:

Fall 8:

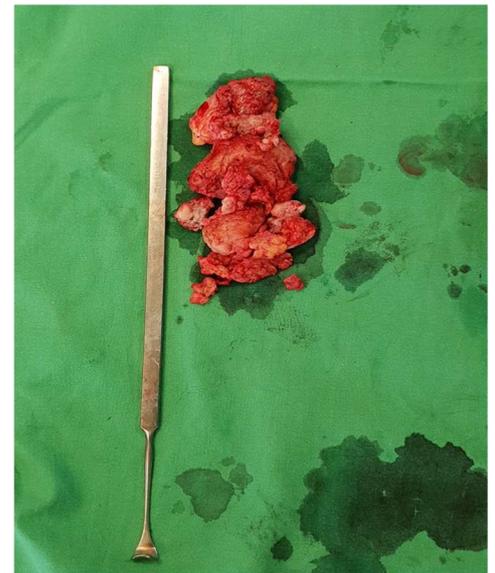
*3 Jahre und 8 Monate
altes Kind mit
Verdacht auf ein
ausgedehntes
Lymphangiom der
linken Gesichtshälfte*



***OP-Situation:** Zustand
nach Verkleinerung des
Lymphangioms*



*Entfernter Anteil
des Lymphangioms*



Fall 9:

11-jähriges Mädchen mit ausgeprägter Kontraktur des rechten Kniegelenkes durch eine Verbrennungsnarbe



***OP-Situation:** Zustand nach Lösung der ausgedehnten Vernarbungen und Haltung des Beines in Geradestellung*



Die Bedingungen im Operationstrakt sind nach wie vor schlimm. Es fehlt an Hygienemaßnahmen, Sterilisation, Reinigung und Vorbereitung der Instrumente, gutem Licht, funktionierender Klima- und Belüftungsanlagen. Die OP-Tische sind veraltet, keine Überwachungs- und Aufwachräume für die Patienten unmittelbar nach der Operation.

Es ist aus meiner Sicht alles primitiv und veraltet und bedarf dringend einer Erneuerung und Sanierung des gesamten OP-Traktes. Trotz dieser schweren Bedingungen versuchten wir, durch Improvisation, auch große komplizierte Operationen wie die Entfernung von gut und bösartigen Tumoren im Bereich der Ohrspeicheldrüsen und des Unterkiefers, aber auch komplizierte Korrekturen von angeborenen Fehl- und Missbildungen sowie narbige Korrekturen im Gesicht und Extremitätenbereich erfolgreich durchzuführen .

Fazit: Es war im Großen und Ganzen ein guter Einsatz.

Zusammenfassung

Zusammen haben **wir 345 Kinder untersucht** (314 Dr. Emmanouilidis und 31 Dr. Moussa) und **126 operiert** (101 Dr. Emmanouilidis und 25 Dr. Moussa).

Einige des einheimischen Personals, vor allem OP-Schwestern und der Anästhesie-Attaché, die seit einigen Jahren mit uns zusammenarbeiten, kennen inzwischen die Abläufe. Gut und routiniert bereiten sie alles vor. Das kann man leider von den einheimischen Ärzten nicht sagen. Nur ein einziger Arzt begleitet uns seit 3 Jahren. Er hat inzwischen gelernt, kleine Eingriffe relativ sicher durchzuführen. Die meisten der in den OP-Trakt kommenden Ärzte sind neu und zweigen weder Motivation noch Bereitschaft, mehrere Stunden mitzuarbeiten. Sie sind nicht gewohnt, bis zu 10 Stunden täglich zu arbeiten. So bleiben sie vielleicht bis zu einer Stunde im Op-Saal, und dann gehen und kommen sie, wenn überhaupt, erst am nächsten Tag wieder. Wir gewinnen den Eindruck, dass sie unseren Einsatz dort als unangenehme Belastung empfinden, weil in ca. 10 Tagen bis zu 350 Patienten zu uns kommen, während sonst in 3 Monaten im gesamten Hospital viel weniger Patienten ankommen.



Foto 10



Foto 11, das Team von rechts:

Dr. Tollo (Projektleiter), Herr Strauss, Schwester Katharina, Dr. Emmanouilidis (Chirurg), Schwester Martina (Anästhesie), Dr. Braun (Anästhesist), Frau Natalie (MGK-Chirurgie Assistentin), Dr. Moussa (MKG-Chirurg), Schwester Doris

Dass wir so viel geschafft haben, ist auch das Verdienst des gesamten Teams. An dieser Stelle möchten wir einen Dank aussprechen für das angenehme Teamklima, den Zusammenhalt, das Engagement sowie für die Kochkünste einiger Anwesender. Wir waren auch diesmal Selbstversorger. Dem Projektleiter Herrn Dr. Tollo danken wir, er hatte alles organisiert und alles getan, um unseren Aufenthalt in seinem Haus so angenehm wie möglich zu gestalten.

Die pathologischen Institute in Höxter und Herford haben sich bereit erklärt, alle mitgebrachten Präparate wie immer kostenfrei zu untersuchen. Wir danken den Kollegen und dem Institutspersonal für die großartige und reibungslose Unterstützung.