

Medizinische humanitäre Hilfe mit Hindernissen

Einsatz in Guinea Bissau 16.9. bis 01.10.23

Von Dr Th. Emmanouilidis

Unser Abflug ab Frankfurt verzögerte ich um ca. 1,5 Stunden. So landeten wir entsprechend spät in Casablanca. Wir mussten rennen, um noch unseren Anschlussflug zu bekommen. Schon bei der Sicherheitskontrolle wurden wir mit den Worten empfangen „ Frankfurt Frankfurt?“, wir bestätigten das, und man fertigte uns schnell ab, und wir rasten weiter durch die sehr lange Halle, um zum Flugzeug zu kommen. Als letzte Passagiere stiegen wir ein, und die Maschine wurde sofort gestartet. Wir ahnten es schon, aber hofften dennoch, dass unser Gepäck auch mitkommen würde.

Wir stellten in Bissau fest, dass unser gesamtes Gepäck (16 Koffer und Kartons) nicht dabei waren. Nachdem wir die Formalitäten über den Verlust der Gepäckstücke erledigt hatten, war es bereits 03:00 morgens am 17.09.23 geworden.

Wie geplant, wartete Dr. Lino draussen auf uns . Wir stiegen auf einen ziemlich klapprigen ca. 30 Jahre alten Sprinter-Mercedes und fuhren nach Gabu zum Zielort. Gabu liegt etwa 200Km entfernt. Wegen der katastrophalen Strassenverhältnisse. -die ersten 60-70 Km kein Asphalt mehr, nur tiefe Löcher -erreichten wir Gabu nach 8 Stunden so gegen 11:00 Uhr.



Wir waren wegen der Gepäckstücke schon genervt - und jetzt noch die lange Fahrt mit der Schaukelei - wir waren fix und fertig, die Stimmung war entsprechend mies. Nach ein paar Stunden Ausruhen gingen wir in das Hospital.

Vor der Ambulanz warteten über 50 Kinder mit ihren Eltern (Foto 1). Ich begann gleich mit den Untersuchungen, und das übrige Team bereitete die Op-Säle vor. Narkosegeräte, Monitore zum Laufen bringen, Instrumente suchen, sterilisieren, Verbrauchsmaterial ordnen, sortieren usw., halt alles, was für die Ops gebraucht wird, bereit stellen. Am Samstag sind wir gestartet und am Dienstag (4Tage später) bekamen wir endlich unsere Koffer, nachdem Dr Lino von Gabu aus extra nach Bissau fahren musste, um sie zu holen. 4 Tage ohne Wäsche zum Wechseln und ohne Hygieneartikel!

1.

Seit dem 1.1.2022 sind Nigerianische Ärzte in GBissau.

Situation des Hospitals

Seit 2017 kenne ich das Hospital. Seither hat sich leider nichts zum Positiven entwickelt. Die Gebäude werden noch brüchiger, der Hof schmutzig, die Stationen mit Ausnahme der Entbindungsstation fast leer. Auf der Kinderstation liegen mal 2, mal 3 bis 4 Kinder -alle mit Malaria. Auf der chirurgischen nur zwei Patienten, einer nach Unfall, der zweite Diabetiker mit offenem Bein.

Das Hammer Forum hat einen Container mit 33 Krankenhausbetten nach Gabu gesendet. Alle anderen Betten im Hospital sind ohne Rollen, es sind ganz einfache Gestelle, teilweise ohne Matratzen.

Wir haben jetzt offiziell den Containerinhalt an das Hospital übergeben. Kurze Reden haben wir -der Direktor, Dr Lino und ich- gehalten. Diese Reden wurden vom Radiosender in Gabu aufgenommen und in drei Sprachen verkündet. Der Direktor sagte „jetzt haben wir 33 richtige Krankenhausbetten“.

Einige davon haben wir auf die Kinderstation gebracht. Dort wurden die operierten Kinder aufgenommen (Foto 2).



Klinische Fälle

Missbildung der linken Hand beim 1,5 Jahre alten Kind. Röntgenologisch und klinisch fehlten bei dem Kind der Grundglied- und Mittelhandknochen II und III, gleichzeitig bestand eine sog. Syndaktylie. Nach fast 2 stündiger Op-Zeit konnten/mussten wir beide Finger amputieren. So ist wenigstens eine Greiffunktion der Hand gewährleistet/hergestellt. (Fotos 3-5).



3.

4.

5.

Vor 7 Monaten erlitt das 11-jährige Mädchen eine Verbrennung am Oberschenkel innenseitig bis zur Kniekehle. 2 Monate lag sie in der Uniklinik und 5 Monate zuhause ohne Physiotherapie. Das Mädchen hielt das Bein wegen Schmerzen in gebeugter Stellung. So wuchs das Bein im Kniebereich zusammen. Um das Bein in Streckstellung, aber weiterhin noch etwas leicht gebeugt (ca. 25 Grad) zu bringen, mussten wir mehrere Sehnen in der Kniekehle durchtrennen. Die infizierte grosse Wundfläche wurde gereinigt, ein Oberschenkelgips angelegt. Bereits nach 5 Tagen sahen die Wunden relativ gereinigt aus (Fotos 6-7). Hauttransplantation muss noch erfolgen. Solche Fälle gibt es häufig, weil dort, wie auch in sehr vielen afrikanischen Ländern, keine Physiotherapie stattfindet.



6.

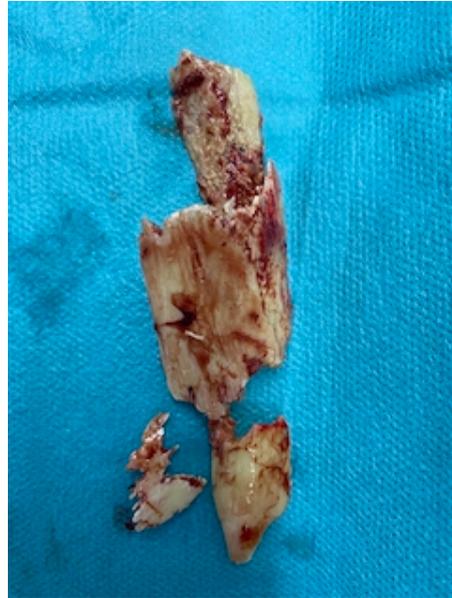


7.

Den 11-jährigen Jungen hatten wir letztes Jahr schon wegen Osteomyelitis (Knochenentzündung) am Oberarm rechts, am Oberschenkel rechts und Oberschenkel links operiert. Damals waren alle drei Röhrenknochen total entzündet (sog. Panosteomyelitis), Oberschenkel rechts und der



8.



9.

Oberarm rechts sind abgeheilt. Am linken Oberschenkel im unteren Drittel ist eine Osteomyelitis (gelber Pfeil) zu erkennen. Diese wurde jetzt saniert, der Sequester (abgestorbener Knochen) entfernt und mit Antibiotikum auch lokal behandelt (Fotos 8-9).



10.



11.



12.

Auch diesmal waren viele Kinder (ca. 35-40%) mit solch krummen Beinen unsere Patienten (Fotos 10-12). Bei jedem Einsatz in Guinea Bissau berichten wir über solche Fälle. Hier liegt ein Vit.D und Calciummangel vor



13.

14.

15.

Wir haben mit dem Gesundheitsministerium und den lokalen Behörden darüber gesprochen. Sie wollten die Menschen über die Ernährung informieren. Bisher ist aber nichts unternommen worden.

Das Hammer Forum hat im Radio verkündet, dass die Kinder eiweißreiche Kost essen müssen und gab Details darüber bekannt. Ausserdem ist eine Vit-D+Calcium - Therapie notwendig. 12 von diesen Kindern haben wir auch jetzt operiert. Alle diese osteotomierten (Knochen durchtrennt, korrigiert und verplattet) Kinder, werden mit Vit.D+Calcium versorgt (Foto15 nach Korrektur).



Bei drei Kindern war eine Hemiepiphysiodese indiziert. Da im Hospital keine Röntgengeräte vorhanden sind, haben wir die Operation ohne C-Bogen durchgeführt. Das Röntgenbild wurde in einer anderen Stadt angefertigt. Das Bild zeigt, dass die Platte exakt liegt (Foto 16).

16.

Zwei von einigen Kindern nach Knochenbruch und Dislokation (Verschiebung) der Knochenfragmente (Fotos 17-18). In beiden Fällen wurde nichts unternommen, obwohl absolute Operationsindikation bestand. Auf Nachfrage bei den Eltern, weshalb sie so spät kommen, war die Antwort, sie wären beim Arzt gewesen. Manche stellten sich bei uns nach 6 Monaten bis 2 Jahre nach dem Bruch vor. In solchen Fällen kann man chirurgisch nichts mehr tun.



17.

18.



Dieses 7-jähriges Mädchen fiel vor einem halben Jahr ins Feuer. Leider wurde sie nur zuhause vom Mediziner behandelt. In dieser Zeit wurde der Arm überhaupt nicht bewegt. Wegen Schmerzen bewegte das Kind den Arm nicht. Es wurden auch keine Bewegungen angeordnet.

Das Ergebnis: Atrophie der Muskulatur, Versteifung aller Gelenke einschliesslich der Finger. Oberarm ist am Thorax angewachsen (Foto 19). Eine Mobilisierung der Gelenke in Narkose war nicht möglich. Das Kind wurde am letzten Tag kurz vor dem Aufräumen der

19.

Op-Säle zu uns gebracht. Der allgemein Zustand des Kindes war schlecht. Eine Amputation ist programmiert. Da der Vater fehlte und so eine Einwilligung nicht vorhanden war, mussten wir die Narkose beenden. Wir haben die Mutter und den Bruder des Kindes aufgeklärt.

Die Odyssee setzte sich beim Rückflug unerwartet fort. Dr Lino sagte mir, er habe ein besseres Auto gemietet. Wir haben das Haus aufgeräumt und waren reisebereit. Alles aufgeladen, und allesamt hatten nach dem erfolgreichen Einsatz gute Stimmung. Wir fuhren los. Nach ca. 150 Km gab es eine Reifenpanne. Hier hat sich die Hilfsbereitschaft und das Improvisationstalent der Afrikaner bewährt. Uns imponierte Folgendes: jedes Auto, das vorbeifuhr, PKW, Lastwagen, Linienbus und sogar Motorrad hielt an und fragten, ob sie helfen können. Als der LKW Fahrer versuchte, den Reifen aufzupumpen, stellte man fest, dass der Reservereifen kaputt war. So entschied unser Fahrer den Reifen im nächsten Ort reparieren zu lassen. Man nahm ihn samt Reifen mit. Im nächsten Ort reparierte man den Reifen und mit einem Motorrad wurde der Reifen gebracht. Wir fuhren los und hofften, bald in Bissau anzukommen. Ca. 10 Km vor der Stadt krachte es, und der linke Stossdämpfer brach am Ansatz ab. Der Fahrer hat ihn wieder in das Blechloch der Karosserie gebracht, mit einem dünnen Plastikseil am Sitz fixiert (gelbe Pfeile Foto 22) und wollte so weiter fahren. Wir haben ihn dann aber gebremst, unsere Koffer herunter geladen und ein anderes Auto dank der Bekanntschaft von Dr Lino bestellt. So kamen wir endlich nach fast 7 Stunden in Bissau an (Fotos 20-21).



20.

21.

22.

Zusammenfassung

Trotz der langen Reisezeiten, der Strapazen und der feuchten unerträglichen Hitze ist das Team der Meinung, dass der Einsatz absolut erfolgreich war. Wir konnten 318 Kinder untersuchen und 117 davon operieren. Im Haus gab es weder Strom noch fließendes Wasser. Dass wir trotzdem ausreichend Wasser in den Tonnen hatten, ist das Verdienst von Herrn Dr Kremser, der sich tgl. darum kümmerte. Viele Kanister füllen und nach Hause transportieren, in die Tonnen kippen -und das jeden Tag. Die jüngeren



Teammitglieder haben freiwillig das Einkaufen und Kochen übernommen. Vor allem der Veganer Herr Björn Kausch hatte dafür gesorgt, dass das Essen würzig und schmackhaft war. Alle und auch die Vegetarierin, die aus Joghurt und verschiedenen Kräutern hervorragende Saucen zauberte, haben ihren Teil beigetragen. Danke an das gesamte Team für die harmonische Zusammenarbeit.

Einen besonderen Dank an Dr Lino! Er hat im Vorfeld alles super organisiert, uns abgeholt, die Koffer extra geholt, uns begleitet und mitgearbeitet.

23.



24.



25.

Operieren mit Dr Lino



Foto 26.: Das Team von rechts Dr. Th Emmanouilidis (Chirurg), vorne Op-S. R. Eversmann, Anästhesie-S. H. Simsek, Op-S. B. Jüdemann, Krankenpfleger Herr Amatu für Registrierung zuständig, hinten, Studentin J. Görges, Anästhesie-Pf. B. Kausch, Anästhesistin.- Dr. K. Rüsse, Anästhesist. Dr J. Kremser, hinten zweite Reihe Dr. B. Moghaberi, Kinderchirurg, Dr Lino A. Cabral (Universalgenie).