

Unveränderte Situation im Hospital Kikwit/DR Kongo

Von Drs T. Berberich und Th. Emmanouilidis

Wie bei den Einsätzen zuvor auch haben wir uns das erste Mal als Team am Flughafen in Brüssel getroffen. Bei der ersten gegenseitigen Vorstellung merkte man schon, dass wir als Team gut funktionieren werden können. Was dann folgte, war die lange, mühevollen und strapaziöse Anreise, die ja in den anderen Reiseberichten schon detailliert beschrieben ist. So war es auch bei uns, als wir spät abends in Kinshasa angekommen sind und sehr lange auf unser Gepäck warten mussten. Zum Glück waren aber alle Koffer angekommen und konnten nach der aufwendigen Sicherheitskontrolle letztlich dann auf dem Pick-up verladen werden. Die nächste Station war dann die Einrichtung Don Bosco, wo wir unsere Zimmer für die erste Nacht beziehen konnten. Diese Nacht war tatsächlich aber sehr kurz, und bereits sehr früh am Morgen ging es für den Teil der Gruppe, die mit dem Bus fahren durfte/musste wieder auf die Reise. Dr. Theo, Miri und ich fuhren mit dem Pick-up und dem gesamten Gepäck, das mit einer Plane noch gegen den Regen geschützt werden musste, um 5:30 Uhr in der Früh los. Was die Fahrt wirklich beschwerlich gemacht hat, waren die zahlreichen Kontrollen, bei denen mehr oder weniger willkürlich immer wieder unsere Pässe und Visa überprüft wurden. Der wahre Grund für die Kontrollen war aber der Versuch, an Geld zu kommen, denn praktisch jeder „Beamte“ versuchte für die Weiterfahrt einige Dollar für sich abzuzweigen. Was besonders frustriert, ist die Tatsache, dass viele von den Kontroll-Beamten sehr genau wissen, wer wir sind, und teilweise wurden auch schon deren Kinder vom Hammerforum kostenfrei behandelt. Letztlich kamen wir dann am Nachmittag in Kikwit an und fuhren direkt ins Krankenhaus. Dort warteten tatsächlich schon



über 100 Kinder auf die Sprechstunde (Bild1), und die Chirurgen begannen mit der Sichtung der Patienten, während das übrige Team die beiden OP Säle einräumte. Dabei muss wirklich alles, was im OP gebraucht wird, wie Narkosegeräte, Medikamente, Verbands- und Nahtmaterial,

1.

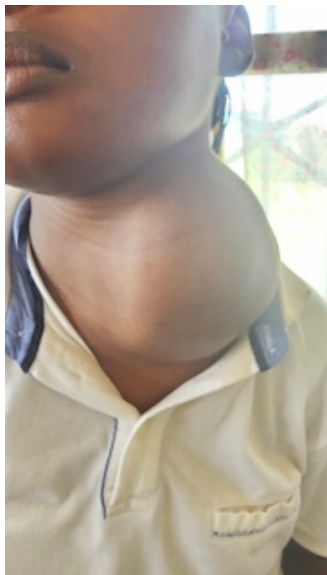
Instrumente etc. einzelnen von der Ambulanz über die Wiese und die Gänge der Klinik in den OP-Trakt gefahren werden. Irgendwann gegen 20:00 Uhr war der Abend dann zu Ende, und wir machten uns auf dem Weg in unsere Unterkunft. Ein Teil verblieb im Haus des Hammerforum während 4 andere Teammitglieder Zimmer im gegenüberliegenden Hotel bezogen. Am Abend wurde dann zum

ersten Mal gemeinsam gekocht und gegessen, und im Anschluss waren alle ziemlich kaputt und gingen rasch ins Bett.

Die folgenden Tage waren eigentlich immer gleich organisiert. Nach einem gemeinsamen Frühstück folgte entweder der Spaziergang zum Krankenhaus oder auch die Fahrt auf dem Pick-up dorthin. Dort angekommen kurze Visite der Kinder und dann Beginn des Operationsprogramms, bei dem wir immer in zwei Sälen zusammen insgesamt 143 Kinder operiert haben. In der Sprechstunde haben wir über 398 Patienten untersucht, beraten und behandelt.

Klinische Fälle:

Bei dem 17-jährigen Mädchen besteht eine große Raumforderung im Bereich der linken Halsseite (Bild 2). Diese sei angeblich im Laufe der letzten 2 Jahre gewachsen. Im Ultraschall zeigt sich eine große zystische Läsion, sodass wir von einem Lymphangiom ausgegangen sind. Durch einen großen queren Zugang am Hals konnte der Tumor mühsam und in kleinen Schritten von den Halsgefäßen ab präpariert werden und im Ganzen entfernt werden. Erschwert war der Eingriff durch die Sichtverhältnisse, die den Einsatz einer Stirnlampe sowie einer Schreibtischlampe erforderlich gemacht haben (Bild 3). Glücklicherweise verlief die Operation ohne Komplikationen und auch die Wundheilung gelangen nach Plan. Das Mädchen war zufrieden und musste sich beim Abschluss Foto ein Lächeln verkneifen (Bild 4).



2.



3.



4.

Bereits nach der Geburt stellte man bei dem jetzt 8-jährigen Jungen linksseitig am Hals eine Schwellung fest, die seither langsam grösser wurde. Erst in diesem Jahr ging die Mutter mit ihm zum Arzt nach Kinshasa. Dort wurde CT-Untersuchung durchgeführt. Der Radiologe schreibt: es handelt sich um ein Sarkom (bösartiger Tumor). Dann wurde Biopsie durchgeführt. Das Ergebnis der Pathologischen Untersuchung: Parenchymatöser Tumor. In der Ultraschalluntersuchung konnten wir mehrere echodichte homogene Strukturen erkennen, dazwischen freie Flüssigkeitsräume. Der Tumor fühlte sich deutlich wärmer an, als die Umgebung. Der Tumor liegt breitbasig am vorderen und linksseitigen Halsbereich und wir tasteten ziemlich harte Knoten. Wir liessen eine CT Untersuchung mit Kontrast durchführen, um die Gefässversorgung des Tumors darzustellen. Diese Untersuchung kostete das Hammer Forum



410Dollar. Die Untersuchung selbst war ziemlich insuffizient. Die Röntgenbilder waren schlecht belichtet und das Kontrastmittel war sicher nicht ausreichend, denn selbst die Carotis-Gefässe waren kaum erkennbar. Danach haben wir beschlossen, erneut Biopsie durchzuführen und das Präparat in Deutschland histopathologisch untersuchen zu lassen.

5.

Vor einem Jahr erlitt das 2-jährige Kind Verbrennungen. Durch unsachgemäße Behandlung erst beim Mediziner, dann im Hospital entstanden ausgedehnte Kontrakturen und teilweise Versteifungen an den Fingern, Bilder 6-8. In knapp sechsständiger Operation mit Hautplastik konnten wir ein zufriedenstellendes Ergebnis erreichen, wie die Bilder 9 und 10 Zeigen.



6.



7.



8.



9.



10.

Ähnlich lief es bei dem 5-jährigen Jungen nach Verbrennung. Über 3,5 Stunden dauerte seine Operation (Bilder 11-12). Es gab auch andere Kinder nach Verbrennungen mit Kontrakturen am Ellenbogen und dem Finger, die wir auch operierten.

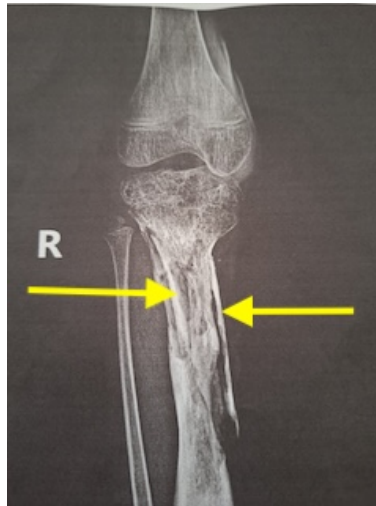


11-12.

Chronische Knochenentzündungen (Osteomyelitis) sehen wir bei jedem Einsatz, wie bei dem jetzt 12-jährigen Jungen. Vor zwei Jahren trat eine Schwellung am Unterschenkel auf. Seither laborierte er bei den Medizinern und Gesundheitszentren. Der Schienbeinknochen lag frei, man konnte den Sequester (abgestorbener Knochen) sehen, (Bilder 13-14 gelbe Pfeile). Wir entfernten alle abgestorbene Knochenteile und setzten Refobacinkette im Knochenmark ein.



13.



14.

Ein 9-jähriger Junge hat eine ausgeprägte Fehlbildung der Harnröhre (Hypospadie). Dabei mündet die Harnröhre sehr tief am Ansatz des Penis im Bereich des Hodensacks. Normalerweise kann diese Fehlbildung unter Verwendung der Vorhaut gut behandelt und die Harnröhre rekonstruiert werden, leider wurde aber bei diesem Patienten im Säuglingsalter bereits die Vorhaut entfernt im Rahmen der Beschneidung. Daher haben wir nun einen mehrzeitigen Eingriff durchgeführt, in dem wir zunächst den Penis begradigt haben. In einer weiteren Operation wird dann eine Mundschleimhauttransplantation erforderlich sein, um später eine Harnröhre rekonstruieren zu können. Dies ist sehr bedauerlich, da durch die unbedachte Beschneidung der Junge jetzt 3 statt einer Operation über sich ergehen lassen muss. Ein weiterer Patient, bei dem im Säuglingsalter eine Beschneidung durchgeführt wurde, musste von uns operativ behandelt werden, da bei der Beschneidung die Harnröhre verletzt wurde und eine Fistel entstanden ist. Diese Komplikation ist äußerst selten und wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass diese Beschneidung in der Regel ohne Narkose und bei wachem Kind von den heimischen Ärzten durchgeführt wird.

Ein weiterer Fall hat uns sehr beschäftigt. Bei einem jetzt 3 Monate alten Kind mit einer Fehlbildung des Enddarms wurde in der Hauptstadt Kinshasa eine Operation durchgeführt und der Darmausgang (Anus) neu angelegt. Dabei wurde aber eine völlig falsche

Position gewählt, sodass der After nun praktisch am Rücken direkt am Steissbeinende angelegt war.

Für uns alle eine völlig unvorstellbare Situation, und wir haben uns gefragt, wie so etwas zustande kommt. Bei dem Jungen haben wir zunächst eine



Untersuchung in Narkose durchgeführt und dabei die Muskelfasern des Beckenbodens und des Schließmuskels elektrisch stimuliert. Wir konnten dabei sehr gut zeigen, wo die exakte Position des Darmausgangs zu liegen hat, gelber Pfeil (Bild 15). In einer sehr aufwendigen Operation wurde der Anus dann an die exakte Position verlagert .

15.

Neben zahlreichen ausgeprägten Leistenhernien auch bei sehr kleinen Kindern und auch großen Nabelhernien, die eher wie ein Bauchwanddefekt (Omphalozele) imponierte, haben wir auch bei 10 Kindern mit einer Sichelzellanämie eine Entfernung der Milz (Splenektomie) durchführen müssen. Es kamen auch immer wieder außerplanmäßige Kinder als Notfälle dazu, die den ohnehin schon straffen OP-Planung durcheinandergebracht haben. So mussten wir ziemlich am Anfang bereits ein Kind mit einer schweren Weichteilverletzung des Armes operieren, das unter einen Transporter geraten war. Zusätzlich hatte sich das Kind noch eine Unterkieferfraktur zugezogen, die im weiteren Verlauf dann hoffentlich in Kinshasa von Kieferchirurgen versorgt worden ist.

Leider gab es während unseres Aufenthaltes auch 2 Kinder, die verstorben sind. Der eine Junge war ca. 5 Jahre alt und hatte eine schwere Bauchfellentzündung, verursacht durch ein Loch im Dünndarm (Perforation), durch das der Stuhl in die Bauchhöhle gelaufen ist. Der Junge war nach Aussage der Eltern schon längere Zeit krank und befand sich über mehrere Tage in der Obhut einer Krankenstation auswärts. Die Entzündung im Bauchraum war so weit fortgeschritten und der Darminhalt hatte sich in der gesamten Bauchhöhle so stark verbreitet, dass der Junge letztlich an einer schweren Blutvergiftung (Sepsis) verstorben ist. Alle unsere Bemühungen, ihm durch die Operation und durch Infusionstherapie zu helfen, waren leider vergeblich. Es gibt in Kikwit keine Intensivstation und die Möglichkeiten, einem so schwer kranken Kind zu helfen, sind sehr beschränkt. Wer weiß, ob dies möglich gewesen wäre, wenn wir das Kind 1 Woche früher in die Behandlung bekommen hätten?

Das zweite Kind war ein 3 Monate alter Säugling (Gewicht 4100 g) bei dem wir einen sehr großen Tumor aus dem Bauchraum entfernt hatten. Der Tumor hat 1100 g gewogen und war ein sogenannter der Dermoidtumor. Vereinfacht ausgedrückt, kann man diese Tumoren als „verhinderten Zwilling“ bezeichnen, der im Bauchraum des Kindes gewachsen ist. Wir fanden am Tumor Gewebe, das wie ein Fuß aussah als auch andere Strukturen des Nervensystems und der Bindegewebe und Nabelschnur. Leider war das Kind durch den großen Tumor so geschwächt, dass es den Eingriff nur wenige Tage überlebt hat.

Bei beiden Kindern steht aber sicher fest, dass sie ohne die Operation definitiv sehr rasch verstorben wären. Beide Todesfälle haben das Team sehr mitgenommen, und wir haben in intensiven Gesprächen zusammen überlegt, wie man in Zukunft unter den stark eingeschränkten Bedingungen, die vor Ort herrschen, eventuell in Zukunft solche schwer kranken Kinder behandeln kann.

Der 2 Wochen dauernde Einsatz war insgesamt sehr erfolgreich was die zahlreichen Kinder angeht, denen wir helfen konnten. Die tägliche Arbeit hat uns allerdings körperlich auch sehr gefordert und auch die psychische Belastung während eines solchen Einsatzes ist hoch. Sehr positiv hervorzuheben war die exzellente Zusammenarbeit im Team, wobei jeder auf den anderen geachtet hat und im klinischen Alltag gegenseitige Unterstützung völlig selbstverständlich war. Nur so konnte die hohe Anzahl von Operationen erfolgreich durchgeführt werden. Auch das abendliche gemeinsame Kochen und Essen hat sehr dazu beigetragen, dass wir uns als Team sehr rasch zusammengefunden haben und die anstrengende Arbeit tatsächlich auch richtig Spaß gemacht hat. Das Interesse der einheimischen Kollegen ist dieses mal besser, und es ist uns mit Sicherheit gelungen, ein paar handwerkliche Tipps und Tricks weiterzugeben in der Hoffnung, dass diese auch in Zukunft von den Kollegen angewendet werden können.

Die lange Heimreise verlief im Wesentlichen ohne besondere Vorkommnisse und wir haben sowohl den Flughafen in Kinshasa rechtzeitig erreicht als auch sind wir pünktlich wieder in Brüssel, gelandet, sodass alle Teammitglieder ihre Anschlussflüge erreichen konnten. Letztlich sind dann im Tagesverlauf alle gut wieder in ihren Heimatorten angekommen.

Herren Drs Mabaya, Ebun und Renom möchten wir herzlichen Dank sagen. Sie haben übersetzt, assistiert und waren stets ansprechbar. Zum Erfolg des Einsatzes haben sie auch beigetragen.

Danke sagen möchten wir dem gesamte Team, alle haben überall, wo es nötig war, geholfen, um den Ablauf in Gang zu halten. Besonderen dank verdient Mika unser jüngster OTA, der zum ersten Mal dabei war und seine Aufgabe souverän gemeistert hat.

Danken möchten wir auch dem einheimischen Op-Personal, das immer mitgeholfen und Mika unterstützt hat,
Zum Schluss möchten wir auch Herrn Dr Tollo danken, er hat uns wieder in seinem Haus aufgenommen, wir fühlen uns dort wohl. Einen besonderen dank geht an seine Partnerin Frau Dr Sandrine Muyenga. Sie hat 2x für uns köstlich gekocht.



16. Das Team von rechts: Herr Dr Tollo, Projektleiter vor Ort, Herr Dr J. Kremser (Anästhesist), Herr Dr Th. Emmanouilidis (Chirurg), Frau M. Lauterbach (Anästhesie Schwester), Herr Dr B. Burger (Anästhesie Assistentsarzt), Herr Dr T, Berberich (Chirurg u, Kinderchirurg), Frau Dr. P. Havrankova (Anästhesistin), Herr Ch. Schieckel (Anästhesie-Pfleger), Frau D. Broadbent (Schwester), hinten Herr M. Kroll (OTA).