

Reisebericht Kinderchirurgie, Dezember 2016

Wir sind durch die kurzfristige Absage unserer Dänischen Freunde ein kleines, aber wohl doch schlagkräftiges Team: 3 Kinderchirurgen (Dr. Henner Kolb, Dr. Frauke Oltmann und Prof. Christian Lorenz, alle aus Bremen), 1 Anästhesist (Dr. Klaus Gattner aus Lippstadt) und Gabriele Kolb (auch Bremen) - als unsere Mittlerin zur Neonatologie und Stoma-Therapeutin für zahlreiche Fälle. Wir haben uns flugtechnisch kurzfristig umstellen müssen – sind nun wieder mit Turkish Airlines unterwegs, fliegen am Freitag hin von Hamburg über Istanbul / Kairo und 11 Tage später zurück über Istanbul nach Bremen. Abgesehen von jeweils 4 bis 5stündigen Warteperioden im Transit eine, alles in allem, überschaubare Aktion. Leider aber mit morgendlicher Ankunft und kurzem, nicht mehr als 2stündigen Schlaf. Der Kaffee im Hotel rettet uns, sogar das Frühstück ist schon wieder willkommen. Dann geht es bereits zum Screenen in die OPD: Es ist Samstag, 10.00 Uhr.

Kurz vorher noch ein kurzes Händeschütteln mit den Linzern Kinderurologen um Marcus Riccabona und natürlich dem gesamten eritreischen Team vor Ort. Gern hätten wir etwas mehr Zeit zum Austausch mit den Kinderurologen gehabt. Aber wir wissen nun in etwa, worauf wir noch achten sollten, falls Dr. Hans Probleme mit noch verbliebenen urologischen Patienten bekommen sollte.

Ein kleines Chaos empfängt uns in der OPD. Viele Schwestern wollen Hand anlegen, am besten alle gleichzeitig. Wir vermissen Amanuel als Ruhepol und ordnende Kraft. Er fehlt uns an diesem Tag. Dennoch schaffen wir es, etwa 80 Patienten zu sehen und davon etwa die Hälfte in unser OP-Programm einzubuchen. Ultraschalle werden durchgeführt und im Bedarfsfall noch einfach Röntgenuntersuchungen angefordert. Vorsorglich werden einige der Patienten mit größeren Eingriffen schon für die in 2017 rasch folgenden kinderchirurgischen Teams (Januar und Februar!) vorgemerkt. Es bleiben dennoch genug komplexe Fälle in unserer Liste, wie sich später herausstellt. Für die Vielzahl der weiterhin nicht versorgten Hodenhochstände ist das hingegen nicht möglich. Sie müssen sich erneut in die Schlangen einreihen, auch wenn alle Befunde von uns in den Ambulanzakten dokumentiert werden und die OP-Indikation somit steht. Auch in den 3 folgenden Tagen hängen wir ein solches Screening für zahlreiche Nachzügler an die OP-Tage ran.

Erstes Fazit: Die kinderchirurgische Versorgung vor Ort hat an Breite nichts dazu gewonnen. So deckt sich unsere Beobachtung mit der anderer Gruppen in ihren Reiseberichten - die wenigen Chirurgen sind eigentlich mit dem was sie tun überlastet. Auch Dr. Hans bedient allein alle verschiedenen Teams, um dann wieder in den chirurgischen Alltag einzutauchen. Mit dem Mangel an Chirurgen gerät die chirurgische Versorgung kranker Kinder zwangsläufig ins Hintertreffen. Kinderchirurgie darf in einem Land mit so hohem Anteil an Kindern und Jugendlichen bei weitem keine Spezialität sein, sondern sie muss als Versorgungsverpflichtung angesehen werden! Dieses Denken fehlt. Das entnimmt man auch einem Kommentar des Krankenhausdirektors: „Die lokalen Chirurgen hätten wichtigeres zu tun, als Hoden zu operieren...“. Auch wir hätten gern nur wichtigeres operiert, sorgen uns denn aber doch um diese vermeintlich unbedeutende, aber für die Jungs so wichtige Problematik.

Erster abendlicher Rundgang durch Asmara, der Strom schwächelt weiterhin. Wir landen im Pizza-House, nach wie vor eine der besten Adressen – auch für Fisch, wie wir seit dem letzten Aufenthalt wissen. Die Preise sind hinreichend stabil, so dass uns nur der Kursverfall des Euro neue Umrechnungsspielchen und leichte Teuerungen beschert.

Der Sonntag gilt der Bestandsaufnahme unserer Lagerware und Utensilien. Wir haben viel Ergänzendes in den Koffern und füllen unsere Arbeitsschränke. Klaus und ich bemühen uns dann auf der Neo noch um ein bemitleidenswertes Neugeborenes, das mit einer Analatresie ohne Fistel (und somit ohne jeglichen Mekoniumabgang bis dato!) seit 2 Wochen unversorgt dort liegt. Eine Katastrophe, die trotz eines von uns zunächst nur zur Rehydratation eingebrachten zentralvenösen Katheters letal endet. Die Eltern hatten wohl zu diesem Zeitpunkt das Kind schon aufgegeben. Wir haben sie nicht zu Gesicht bekommen. Ein zweites Kind finden wir auf einer pädiatrischen Station. Mit hohem Bauch und in schlappem, kachektischen Zustand. Es hat sehr wahrscheinlich ein Megacolon bei Morbus Hirschsprung (dazu passt die Trisomie 21) und hätte wohl auch schon länger eine Colostomie gebraucht. Wir nehmen es auf unseren OP-Plan für den Folgetag.

Der OP-Plan wird von Klaus für alle lesbar in den Computer gebracht, im Weiteren dann aber immer wieder modifiziert. Am Ende sind es 50 Narkosen bei Kindern verschiedenster Konstitution und zwischen 2 Monaten und 14 Jahre alt. Klaus hält durch und schafft diese Narkosen allein bzw. noch nebenbei als Supervisor für auszubildende ärztliche und Pflegekräfte. Das sind bis zu 8 Narkosen täglich, Respekt! Nicht alle der Patienten, die wie aus früheren Einsätzen wieder sehen sollten, sind wieder erschienen. Einige tauchen im Verlauf noch auf und werden, wenn erforderlich, mit versorgt.

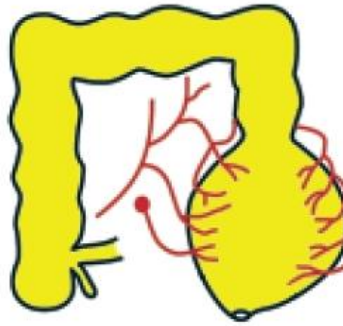
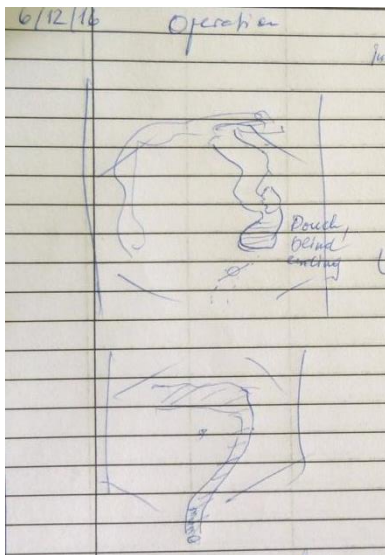
Der Montag beginnt mit einem Mädchen mit einem monströsen Ovarialtumor – wahrscheinlich ein Teratom. Es lässt sich am Ende gut entfernen, ist aber prall mit Eiter gefüllt, was von der schlechten Bildqualität unseres Ultraschallgerätes so nicht absehbar war. Der Verlauf danach war zögerlich und machte dann auch noch eine operative Bridenlösung eine Woche später erforderlich. Die letzte Rückmeldung von Dr. Hans über WhatsApp nach unserer Rückkehr klang dann aber doch erfreulich: das Kind ist offenbar genesen und nach Hause gegangen.



Das 45 Tage alte Kind mit M. Hirschsprung erhielt die erforderliche Entlastung des Darmes bereits an unserem ersten OP-Tag. Auch wurden die notwendigen Biopsien entnommen. Leider stabilisierte sich das Kind trotz eines deutlich besseren Bauchbefundes nicht und verstarb nach 3 Tagen. Wahrscheinlich aufgrund weiterer, bis dahin nicht bekannter Probleme (Herzfehler?).

Der zweite OP-Tag überrascht dann bereits mit dem seltenen Befund eines angeborenen Fehlens des gesamten Enddarmes bei einem 3 Monate alten Knaben mit vermeintlicher Analtresie, einem sog. kongenitalen Pouch-Colon mit komplettem Fehlen des Sigma und Rectum. Es handelt sich um eine höchst seltene Fehlbildung, die man zu Hause sicher im Rahmen der obligatorischen Feindiagnostik erkannt und in der OP-Vorbereitung berücksichtigt hätte. Nun war hier von Dr. Hans bereits ein vermeintlich doppelläufiger AP angelegt worden, so dass man, wie bei den vielen Fällen hier, in der Regel ohne ergänzende Diagnostik zur Tat schreitet bzw. schreiten muss. Die Konsequenz: eine 5 stündige Operation mit zweimaligem Umlagern des Kindes und letztlich abdomino-perinealem Durchzug des Restdarmes nach Tapering des Pouches. Kein wirklicher Eingriff für das hiesige Setting und so war auch eine Wundinfektion die Folge. Sie konnte durch neuerliche Anlage eine Colostomie weiter proximal und durch regelmäßige Spülungen letztlich zur Ausheilung gebracht werden. Das Kind wird weitere Kontrollen benötigen, insbesondere was den neugebildeten After aber auch die zu erwartende Darmfunktion betrifft.

Wir haben dann versucht, den erlittenen Zeitverzug wieder einzuholen – auch mit entsprechend langen OP-Tagen, zumeist bis 18.00 Uhr. Zwei weitere Analtresien mit besser überschaubaren Befunden wurden dann noch erfolgreich korrigiert, ein viertes Kind mit Analtresie, dass schon im Plan stand, musste auf Januar verschoben werden. Wir hätten die Nachsorge nicht mehr gewährleisten können. Der Vorteil ist aber die baldige Anwesenheit der Teams aus Dänemark und Dortmund/Bremen, so dass eine reibungslose Übergabe der Patienten möglich sein sollte.



Intraop. findings:

- no peritoneal retinal stump (POWER access)
- no stump behind bladder (Lower abdominal Pain/Ht access)
- no loop, ~~but~~ but undulating colostomy with pouch-like remnant of distal large bowel

↳ taping of pouch down and left colonic flexure mobilized to get the colon/Sigma down to the anus by pull through → anal insertion with preservation of musculature available and in central position of muscle complex without tension

Die Problematik bei dieser Form des kongenitalen Pouch-Colon ist die, für einen Durchzug zum Damm unzureichende Länge des Colon. Weiterhin ist der dilatierte Darmteil atypisch vaskularisiert, was Probleme bei der späteren Durchblutung der Darmwand bereiten kann.

Zwei Kinder standen für Dehnungsbehandlungen der Speiseröhre auf dem Programm. Sem, inzwischen 8 Jahre alt, war bereits 2013 von uns wegen einer vermeintlich refluxbedingten Strikture der Speiseröhre bougiert und so auf eine operative Antirefluxplastik (Fundoplikatio) vorbereitet worden. Er tauchte allerdings erst 2 Jahre später wieder auf, mit dem persistierenden Problem und einer inzwischen von der Dänische Kinderchirurgin Nina Kvist organisierten Endoskopie, bzw. deren Befund. Man konnte die Enge mit dem Gerät wohl nicht passieren! Nun haben wir neuerlich und an drei verschiedenen Tagen bougiert und werden mit den kommenden Teams an diesem Fall dran bleiben. Zudem wurde Omeprazol rezeptiert, was die Familie dann auch als Medikament in der Hand hielt. Vielleicht schaffen wir es gemeinsam bis Februar, den Leidensweg des Jungen endlich und erfolgreich zu beenden.

Das zweite Kind war ungleich erfreulicher. Es handelt sich um den inzwischen 3jährigen Paul, eine Ösophagusatresie aus dem Jahre 2013. Er gedeiht weiterhin, macht aber doch leichte Probleme bei jetzt soliderer Kost. Solche Kinder gehören auch in Deutschland bougiert, was wir getan haben. Er wird im engmaschigen Follow-up bleiben.



Der 8jährige Sem nach 3 Dilatationen (mit seiner Schwester) und Paul, bei seiner stolzen und glücklichen Mutter auf dem Arm.

Es fallen neben dem bereits eingangs geschilderten Fall immer wieder Kinder mit Tumoren auf. Prof. Uta Dirksen ist mit uns vor Ort und wir diskutieren das Vorgehen in einzelnen Fällen: (I) ein Mädchen mit multipel vergrößerten Hals-Lymphknoten, (II) ein weiteres Mädchen mit einem hochschmerzhaften Tumor in der rechten Leiste, (III) zystische Raumforderungen bei 2 Kindern, (IV) ein exulzierter Tumor bei einem 1jährigen Kleinkind, der nur erst nach vollständiger Resektion histologisch zugeordnet werden wird, usw.. Es wird Zeit für ein qualifizierte Begleitung dieser Kinder im Land, mit eigener Diagnostik, einschließlich Histopathologie, und eigenen

Therapiemodalitäten. Der Weg mag noch lang sein (die geplante onkologische Station wartet noch auf Ihre Rekonstruktion), aber Patienten wird es genug geben!



Ein bei dem 1 2/12 Jahre alten Kind bereits seit dem Sommer sich vergrößernder, inzwischen auch exulzerierter und superinfizierter Weichteiltumor. Die histologische Beurteilung in Bremen bestätigt eine maligne Neoplasie.



Blasensteine: Ein immer wiederkehrendes Thema, eindrucksvoll vor allem in der Größe der Befunde. Diesmal: einmal Golfball (rechts)- und einmal Hühnergrößen und akuten Harnverhalt verursachend. Hier hilft nur die klassische, offene Steinextraktion, die wir in 2 Fällen notfallmäßig durchführten.

Das ist nicht immer unproblematisch, wie das linke Bild nach Operation durch die eritreischen Chirurgen zeigt. Infektion, Fistelbildung und schnell wird ein Problemfall daraus. Die Linzer Kinderurologen hatten zuvor eine Revision durchgeführt. Wir hatten offenbar im dritten Anlauf mehr Glück, allerdings mit dem großem operativen Aufwand einer Faszienrekonstruktion, Implantation von Gentamycin-Schwämmen, suprapubischer Blasendrainage und vielen, vielen Nähten.

22 Jungens mit hochstehenden oder nicht tastbaren Hoden wurden ein oder beidseitig operiert. Weiterhin 3 Knaben mit schlecht durchgeführten Beschneidungen auswärts, so dass das Wasserlassen kaum noch möglich war. Nabel- und Leistenbrüche standen dann noch auf dem Programm und ein Junge mit einem Sehnenscheidenhygrom am Fuß.

Insgesamt hatten wir 8 gut gefüllte OP-Tage (einschließlich Samstag), an denen uns das Team vor Ort aufopferungsvoll unterstützte. Und wir hatten das Glück, für die gesamte Zeit den Aufwachraum auch nachts als Intermediate Care-Bereich nutzen zu können. Danach haben sich wahrscheinlich alle ein Auszeit verdient – zumindest haben wir als letztes Team in 2016 den Weg dafür frei gemacht.

Auf der eigentlichen Station Ward F haben wir wieder viel Zeit mit dem Suchen unserer Patienten verbracht. Immerhin waren alle von uns markierten Patientenakten vorhanden, so dass man, den Namen des Patienten laut rufend, am Ende fündig werden konnte. Es gab zum Glück auf der Station keinerlei Probleme mit unseren Patienten.



Die Bettwäsche wird vom Haus feinsäuberlich beschriftet (Ward F) und sieht mindestens so sauber aus, wie die Wäsche, die die Patienten waschen und im Hof aufhängen.

Der zweite Sonntag unseres Aufenthaltes reichte für eine Vormittagsausflug in Richtung Fill-Fill mit Wanderung (Jared als Bergführer!), Kaffee-Zeromie, Fladen-Brot in hausgemachten Honig getunkt, scharfer Brot-Auflauf usw. usw.. Die Strasse wartet nach der Regenzeit auf eine Entsteinung und ist nur abschnittsweise passierbar. Eine kurze, aber sehr schöne Auszeit!



Erstmals lernen wir angesichts gravierender Warwasser-Probleme auch den neuen Manager des Hotels kennen. Er entschuldigte sich und gelobt Besserung, die tatsächlich eintritt. Gabriele hatte hier bereits den Boden bereitet. Als Entschädigung werden wir von ihm zu einer Kaffee-Zeremonie auf die 2 Etage des Hotels (unser Flur ☺) eingeladen. Es war trotzdem nett und eigentlich auch ein unerwartetes Entgegenkommen. Der Managers nahm sich die Stunde für uns Zeit, obwohl das Hotel plötzlich und unerwartet komplett voll gelaufen war. Folge eines Vertrages, den er mit Flugesellschaften für den Fall ausgehandelt hatte, dass mal eine Maschine liegen blieb. Selbst die Küche zauberte in Nullkommanix am Sonntag ein riesiges Abend-Bufet für all die gestrandeten Fluggäste. Es geht doch! Bereits am nächsten Morgen war alles vorbei und wir 5 fast die einzigen Gäste.

Es geht auch in der Stadt, wenn Strom da ist. Die Läden sind ungewöhnlich voll, farbig und vielfältig. Man könnte fast shoppen gehen, doch haben wir nicht nach den Preisen geschaut....

Unsere OP-Programm geht dann mit 2 vollen Tagen am Montag und Dienstag dem Ende entgegen. Patienten mit i.v. Antibiotika und Kathetern dürfen freundlicherweise noch auf der Wachstation verbleiben, solange Dr. Hans sich um sie kümmert. Wir versammeln uns noch zu einem Gruppenfoto, übergeben unsere kleinen Weihnachtsgeschenke und dann sind alle OP-Kräfte so schnell weg, wie sie es wohl in den Wochen oder Monaten zuvor niemals konnten oder durften. Wir haben es Ihnen gegönnt und vorsorglich schon die sonst übliche Kaffee-Zeremonie abgesagt.



Auch für uns wird es Zeit zu packen und nach kurzem Schlaf nach Mitternacht in Richtung Flughafen aufzubrechen.

Am Ende waren wir hinreichend erfolgreich in unserem tun. Es bleibt allerdings das Gefühl, nicht vorwärts zu kommen, keine Nachhaltigkeit zu erzielen und klein klein lediglich von Fall zu Fall zu denken. Große Entwicklungen in der kinderchirurgischen Versorgung tun sich nicht auf, trotz aller Bemühungen, Dr. Hans ein weiteres mal in die Spezialitäten eines chirurgischen Teilgebietes einzuweihen, so wie es Neurochirurgen, Kardiochirurgen, Urologen usw. usw. vor uns auch schon getan haben. Er ist nicht die tragende Säule einer Kinderchirurgie vor Ort. Diesen Status billigt man ihm nicht zu und dazu müsste er tatsächlich qualifiziert werden.

Werden wir mit unseren Missionen weiterhin die kinderchirurgische Grundversorgung abdecken können!? Ich halte es auf Dauer für ausgeschlossen. Aber unsere Planungen laufen, wenigstens für 2017. Das heißt: Wir kommen wieder!

Prof. Christian Lorenz