

Eritrea Einsatz 18.-22.11.2019



18.11. Ankunft am frühen Morgen nach 1 Tag delay durch gecancelten LH-Flug. Teilnahme an der 8 Uhr-Frühbesprechung. Kurze Besprechung mit Dawit. 1. OP vag. HE bei perimenopausalen Blutungsstörungen 2. OP Ablatio/Axilladisektion Level I und II bei nodal pos. Mammakarzinom rechts, zytologisch gesichert, angeblich lobulär, 54 J., 4 Kinder. cT2 (ca. 25 mm) cN 1. Präoperativ kurzes Gespräch, übersetzt von Dr. Dawit, Patientin ist mit Ablatio einverstanden.

Die Patientin sollte eine postop. Chemotherapie mit 6 x CMF erhalten (R0 reduziertes MammaCA mit Nodalbefall bis Level II). Dies wurde mit Dr. Dawit besprochen, er übernimmt die Organisation über Dr. Gebrehiwot.

Nachmittags keine OPs, Besprechung mit Elisabeth Viebig und Dawit. Auf dem OP-Plan stehen LSKs, HSKs, Laparotomien bei benigne vermuteten Befunden, untersucht werden muss noch eine 38 j. Patientin mit V.a. OvarialCA, eine 57 j. Patientin mit V.a. OvarialCA und eine 38 j. Patientin mit angeblich CervixCA Stadium III.

19.11. Wir nehmen jeden Morgen an der Übergabe teil. Anschließend stellt sich heraus, dass Dawit im Kreißsaal Sectios machen soll. E. und ich gehen zu CA Dr.Habteselassie und führen dort ein Gespräch über unseren Einsatz, er bekundet Interesse an entsprechendem Teaching und sichert eine tägliche Beteiligung von eritreischen Kollegen an den OPs zu. Unsere conclusion: wichtig ist, dass die OPs immer (!) mit eritreischer Beteiligung erfolgen.

Mebratu informiert uns, dass Dawit gerufen wird, der dann eine LSK/Chromo und eine LSK mit Extraktion einer großen Endometriosezyste mit mir macht. Habteselassie kommt dazu und bleibt auch eine Weile, sehr interessiert an dem laparoskopischen Training. OP-Personal Roma, Megrsti u.a. tendenziell ziemlich vorsichtig mit dem LSK-Instrumentarium.

Auf Station postop. Visite bei der MammaCA-Patientin, der es gut geht und Inspektion

einer ausgeprägten stinkenden Infektion nach VulvaCA-OP letzte Woche. Da die Infektion anaerob ist, erfolgt Debridement und Spülung, mit NaCl, Polyvidon und Metronidazol, zusätzlich zur oralen 3fach-Antibiose. Die Wundspülung soll nun zunächst täglich durch uns erfolgen.

20.11. Es gibt auf Station noch die o.g. 38j. Patientin mit V.a. OvarialCA, bei der Dawit und Elisabeth bisher eine primäre Chemotherapie und ggf. spätere OP vorgesehen hatten. Dr. Gebrehiwot hatte allerdings berechtigterweise eine Chemotherapie ohne vorliegende Histo abgelehnt. Unklar war bis dato, ob ihm eine Asziteszytologie ausreichen oder auch ein klinische Beschreibung des Situs (diagnostisch laparoskopisch oder per Laparotomie) ausreichen würde, da z.Z. kein Pathologe vor Ort und der nächste Einsatz von Prof. Lobeck erst Ende Januar 2020 vorgesehen ist.

Insgesamt stellt sich für uns 3 die fehlende Pathologie als engstes Nadelöhr dar. Ein Treffen zwischen uns/Dawit/Habteselassie/Gebrehiwot und Klinikdirektor Dr. Habteab ist sinnvoll und Dawit will dies organisieren.

Nachdem ich die Patientin ebenfalls untersucht habe und den Befund klinisch nicht für sicher maligne befinde, Entschluss, sie für Donnerstag auf den OP-Plan zu setzen. Die 38j. Patientin mit histologisch gesichertem CervixCA, angeblich Stadium III, bei der die Entscheidung, ob operabel oder nicht, noch aussteht, kommt erst Donnerstag zur Aufnahme, d.h. Freitag, der letzte Tag unseres Einsatzes, ist der einzige mögliche OP-Tag (Anmerkung: Sollte in Zukunft wegen des von Habteselassie angemerkten Komplikationsmanagements durch die eritreischen Kollegen vermieden werden, d.h. große Ops, wenn möglich, zu Beginn des Einsatzes).

Nach Ende des OP-Programmes fahren Elisabeth, Markus und ich zum Edaga Hamus Hospital, Dr. Kiflejesus, mit dem Elisabeth letzte Woche operiert hat und auch für diese Woche noch eine Hysterektomie bei großem Uterus myomatosus plant, schafft es nicht, dazu zu kommen. Das Krankenhaus macht, einen sehr gepflegten, gut geführten Eindruck. Um diese Zeit, ca. 16.30, sind die Ambulanzen voll mit Menschen, die wohl im Rahmen von Impfprogrammen versorgt werden. In einem Raum steht ein Mindray-Ultraschallgerät. Man fragt uns, ob wir einen Hochfrequenz-schallkopf (geeignet für Brust, Haut, Lymphknoten) dafür hätten oder besorgen können.

Manko am Edaga Hamus: Es gibt keine Notfallversorgung, keine Blutbank.

21.11.2019 1. OP ist die 38j. Patientin mit V.a. OvarialCA. Sie sieht heute noch fahler und bei extremer Abmagerung noch hinfälliger aus als vor 2 Tagen. Obwohl mündlich angeordnet, sind keine Blutkonserven da, Hb 9, deshalb lehnt die Anästhesie ab (Anmerkung: absolut korrekt, die Anästhesie arbeitet insgesamt hervorragend unter der Leitung von Mebratu). Wir ziehen die nächste Patientin vor, ich glaube LSK bei großer

Endometriosezyste. Dawit operiert mittlerweile zunehmend geschickt (den OP-Büchern ist auch zu entnehmen, dass er auch zwischen Einsätzen der deutschen Teams deutlich mehr als früher operiert hat).

Dann ist das Blut für die 38j. da, Dawit beginnt die Laparotomie alleine. Große Überraschung: Es handelt sich um eine Genitaltuberkulose. Wenn Dawit erreicht, dass sie möglichst schnell einer tuberkulostatischen Therapie zugeführt wird, wird sie sich schnell erholen.

Anschließend mehrere kleinere LKSs und HSKs, Habteselassie ist seit Mittwoch bis zum Ende des Einsatzes viel im OP anwesend, interessiert sich für die laparoskopischen Techniken und das Management von Komplikationen. Während des Einsatzes treten davon 2 auf: 1. Anlage eines Emphysems in der Bauchdecke, da der Trokar nicht intraperitoneal lag und 2. Uterusperforation bei einer HSK/LSK zur Sterilitätsdiagnostik in Unkenntnis einer vorliegenden Hemmungsfehlbildung des Uterus. Beide Komplikationen waren für die Patientinnen unproblematisch, für die Kollegen dagegen sehr lehrreich (Dawit und Habteselassie beide anwesend).

22.11. 1. OP Wertheim bei der 38j. Patientin mit dem CervixCA, die ich am Donnerstag als operabel befunden hatte. Ich operiere sie mit Habteselassie als 1. und Elisabeth als 2. Assistenz ohne auftretende Probleme. Habteselassie betont noch einmal, wie gut es ist, dass er beteiligt ist, sich nun im postoperativen Verlauf um sie kümmern kann und den Situs kennt.

Vor der ersten OP Treffen mit dem Onkologen Dr. Gebrehiwot, den Termin hatte Dawit gemacht. Ob Habteselassie über die Uhrzeit des Termins informiert war, lässt sich nicht sicher sagen, auf jeden Fall nimmt Elisabeth ihn dahin mit. Später zu Beginn des Wertheims frage ich ihn, ob er sich nicht reinwaschen möchte um die erste Assistenz zu machen, er nimmt an und bleibt später auch nach dem Wertheim noch für die weiteren OPs bis 16.30 durchgehend da.

Es folgen 2 HSK/LSKs, die dritte noch angesetzte, muss wegen fehlender funktionierender Koagulationszange/Möglichkeit abgesetzt werden, kurz bevor sie in Narkose versetzt werden sollte. Die OP sollte zur Sterilitätsdiagnostik durchgeführt werden, sie ist notoperiert und Elisabeth und ich lehnen ab, diese elektive OP unter Inkaufnahme von unnötigen Risiken für durchzuführen. Das produziert Aufregung, vor allem bei Mebratu, der die Patientin offenbar kennt. Es gelingt nur mit viel Zureden und letztendlich Druck von Habteselassie, ihn zu überzeugen, die Patientin wieder rauszufahren und die letzte Patientin (Wunddebridement des infizierten VulvaCA) zu holen.

Abschließende Stellungnahme:

Solange das Projekt im Orotta stattfinden soll, muss Dr. Habteselassie über alle Planungen informiert werden, darauf sollte akribisch geachtet werden.

Ich halte es für sehr wichtig, dass wir keine OPs ohne Beteiligung der eritreischen Kollegen durchführen.

Absprachen mit einzelnen Mitarbeitern (z. B. wenn Meheret und Ida Zuschüsse bekommen haben, damit sie die laparoskopischen OPs instrumentieren) sollten dem gesamten Team transparent gemacht werden.

