

Bericht von Ulla Schröder – ihr Einsatz vom 05./06. – 14./15. November 2011

Samstag, 5.11.2011, 11:00:

Die Reise nach Eritrea angetreten: Guter Flug mit Egypt Air trotz langen Aufenthalten in Frankfurt (3 h) und Kairo (6 H). Morgens um 3:00 vom Flughafen in Asmara von Alem abgeholt: klasse, richtig nett. Mein Laptop mußte beim Zoll ausgepackt und extra mit Seriennummer registriert werden, damit ich ihn auch ja wieder mit ausführe! Es hat ziemlich lange gedauert, bis sich die Zollbeamten auf eine Seriennummer für meinen Laptop geeignet hatten. Und Alem (Dr. med., HNO-Ärztin, diese liebenswerte und unglaublich engagierte, „taffe“ Frau) stand die ganze Zeit über geduldig und wahrscheinlich auch hundemüde daneben. Ich fand es so nett, dass sie mich mitten in der Nacht extra selber abgeholt hat. Ich denke schon, dass Ihre Bekanntheit und ruhige Art meine Einreise massiv beschleunigt hat. Alle kennen sie. Ich glaube, Alem ist in ganz Eritrea bekannt wie ein bunter Hund, aber anders als bunte Hunde für Ihre Güte, Ihre Liebe zu dem Land und seinen Leuten.

Am gleichen Morgen nach 3 h Schlaf zum HNO-Hospital spaziert, mit aufgebaut, ab 14:00 Uhr Lunch im Restaurant der Kaffeezeremonie (Gideh, Haus der Kulturen). Dann sind alle sofort zurück zum Hospital, um weiter aufzubauen. Leider konnten wir das neue Sono-Gerät (gebraucht, aber voll funktionsfähig) nicht zum Laufen bringen: Der Schallkopf wird vom Gerät nicht erkannt: dieser ist komplett neu, wahrscheinlich muss er irgendwie zunächst registriert werden. Wir werden später versuchen, bei der Firma herauszubekommen, woran es liegen kann.

Geschlafen bis zum Muezzin, um 5:00 h am nächsten Morgen.

Montag, 07.11.2011

Nach dem gemeinsamen Frühstück wieder zu Fuß ins Hospital: Dort warteten bereits viele Patienten:



Alem hat klasse für mich einbestellt:
ein T2-Larynxkarzinom,/ ein Kaposi-Sarkom des Hartgaumens,/ eine eitrig-obstruktive Sialadenitis der Glandula submandibularis,/ eine laterale Halszyste,/ ein Lipom,/ eine Choanalatresie,/ zwei Patienten mit ausgedehnter glottisch und subglottischer

Larynxpapillomatose,/ ein Patient mit hochgradiger Dysphonie und beginnender Dyspnoe und Stridor mit großem, eingeblutetem, flottierendem SB-Polyp bei Z.n. Op durch Simon und Neguse (Polyp wurde damals von ihnen nicht erreicht, da Larynx nicht einstellbar),/ ein neunjähriges Mädchen mit großer, rostral gelegener Septumperforation, kompletter Columellainsuffizienz und fehlender Nasenspitzenprojektion (nach wochenlanger Batterie-
Ingestion in der Nase),



/ eine 28-jährige Frau mit einem 5x6 cm großem papillärem Schilddrüsen -Karzinom (linke Seite, zytologische Sicherung bereits in 2009, aber keine Jod-Therapie möglich, noch nicht einmal Analyse der SD-Werte; als präop. Diagnostik lediglich Sono und Hals-Rö in zwei Ebenen zum Ausschluß einer trachealen Kompression (!),/ ein junges Mädchen mit einem Residuum einer lateralen Halsfistel mit Z.n. Verätzung durch „Dorfheiler“,/ ein Pat mit beidseitiger straffer Recurrensparese in Medianstellung: permanente TT in LA, später in ITN,/ ein Patient zur Ösophagoskopie und Bronchoskopie zwecks Ausschluß Ösophagus- oder Bronchial-Karzinom.



Operationen von Montag nachmittag, 7.11.2011:

1. Patientin: Revisionsoperation der durch Verätzung vernarbten Halsfistel mit Ausgang am Vorderrad des M. scm bei dem 17-jährigen Mädchen. Das Verätzen von Fisteln wird von den „Dorfheilern“ bisher landesweit als die Methode der Wahl durchgeführt und verursacht massive Vernarbungen. Deshalb erschwerte Exzision in LA. Auf den Photos sieht man sehr gut die „Kollateralschäden“ der Verätzungen an den benachbart gelegenen Hautarealen submandibulär und nuchal. Das ist in Anbetracht des jugendlichen Alters des Mädchens extrem schade.



2. Patient: Umwandlung einer nicht-epithelialisierten Tracheotomie (als Notfalloperation wenige Tage vorher durch Simon bei ätiologisch unklarem, aber hochgradigen Stridor mit Bewusstlosigkeit und tiefblauer Zyanose) in ein selbsttragendes, epithelialisiertes Tracheostoma in LA bei einem alten Mann. - Ich hatte vorher noch lupenlaryngoskopisch einen Larynxtumor ausschließen und als Ursache der Luftnot, eine beidseitige, straffe Rekurrensparese diagnostizieren können. Ich hatte zunächst die Operation in ITN vorgeschlagen, weil diese zum Ausschluss eines Ösophagus- oder Bronchialkarzinoms eh notwendig war, aber Alem wollte Zeit sparen für andere Patienten an den Folgetagen.

Es erwies sich als wertvoll, daß der Patient deshalb vorgezogen wurde. Denn so konnte ich rechtzeitig die Erfahrung machen, dass die Eritreer anders als Europäer gebaut sind. Eine Trachealkanüle der Größe 8 wird hier nie gebraucht: Alle Eritreer haben extrem schmale Tracheen und Nasenlumina. Die Trachea des alten Mannes war lediglich so groß wie mein kleiner Finger (6-er Kanüle).

In der Konsequenz konnte ich Alem noch am Montagabend bitten, die „Kinderlaryngoskope“ vom Halibet zu holen, damit sie für unsere am Dienstag geplanten Operationen noch rechtzeitig sterilisiert werden konnten. Die im Instrumentarium vorhandenen Spreiz- und Kleinsasser-MLS-Rohre sind für 90% der Eritreer zu groß.

Untersuchung des Patienten Mister F., Mitarbeiter im Ministerium. Er leidet seit Jahren unter einer Dyspnoe mit Belastungsstridor nach Schußverletzung im Kehlkopfbereich sowie einer heiseren, verhauchten Stimme bei Z.n. Collotomie in Italien: dort wurde eine Kugel aus der rechten Halsseite herausgeholt. Ein Operationsbericht oder schriftliche Unterlagen lagen leider nicht vor.

Mister F. war leider sehr schwer zu untersuchen: Massive Speichelsekretion, maximale Hyperreaktion auf Kontakt des Endoskops, sowohl mit der flexiblen als auch mit der starren Endoskopie extrem schwierig, der Patient war nach jedem Endoskopieversuch völlig erschöpft und wir mußten viele längere Pausen zwischendurch einlegen: letztendlich konnte ich aber mit der starren 70°-Optik eindeutig einen Stillstand beider Ary-Knorpel in Paramedianstellung sehen: trotz langer Untersuchung zeigten sich weder Öffnungs- noch

Schließbewegung der Ary-Knorpel mit einem residualen Glottisspalt bei Hi-Phonation. DD: SB-Lähmung, Ankylose oder dorsale (Brücken)Synechie.

Der Patient wurde über eine endoskopische Exploration in ITN am nächsten Tag aufgeklärt: Bei Brückensynechie oder dorsaler Synechie sollte eine sofortige Durchtrennung durchgeführt werden. Der Patient war damit einverstanden.

Der wichtigste Mann an diesem Tag aber war Ulrich Keller: Als wir morgens ankamen, kam es zu wiederholten, auch länger andauernden Stromausfällen und wir stellten relativ erschrocken fest, dass nur noch die Steckdosen im „Aufwachraum“ Strom hatten: der Notstrom-Diesel des Krankenhauses sprang nicht an und unser Operationsaal war anscheinend nicht an unseren eigenen Akku angeschlossen. Unser eigener Akku lief zwar, versorgte aber leider nur die Steckdosen im „Aufwachraum“. Eppi hatte leider (vor seinem unerwartet plötzlichen Ableben) keinen Schaltplan der Stromverbindungen des Op-Saales mehr hinterlassen können: der gesamte Operationssaal war ohne Strom. Hier erwies sich der neue Op-Tisch mit seiner alternativen manuellen Vollbedienung als außerordentlich vorteilhaft. Aber Mikroskop, Bipolar, Sauger und Beatmungsgerät funktionierten nicht. Ulrich hat es dann aber an seinem Abflugtag, Montag, noch neben der Instandsetzung des Steri geschafft, alles an die funktionierende Notfallstromversorgung (Zwischenspeicher, batteriegeladen, im Technikraum des HNO-Op) anzuschließen.

Abends zu Fuß zurück ins Hotel und dort alle Mitglieder des 8-köpfigen Einsatz-Teams zum Rückflug mit Lufthansa nach Frankfurt verabschiedet. Damit blieben noch Maria Sölch und ich im Einsatz.

Dienstag 8.11..2011:

In der Klinik habe ich erst einmal Sium, den Narkosearzt kennengelernt: Ein sehr höflicher, erfahrener und zurückhaltender Mensch.

Die erste Operation in ITN überhaupt war dann die Exploration von Mister F. via Tracheoskopie und MLS: Sie war sehr schwierig: Sium hat zunächst den linken Schneidezahn abgebrochen und dabei mit dem 5.5 Tubus nur den Ösophagus intubiert: Ich dachte mir still, das geht ja gut los, aber er hat mich dann sofort und ohne Probleme intubieren lassen, ich hatte vorher schon auf 5.5 Tubus bestanden, aber auch für mich war es super schwer: ich mußte die gesamte Epiglottis aufladen und konnte dennoch nur das Postkrikoid sehen.

Dann wurde die Exploration in ITN in üblicher Weise fortgesetzt: Zunächst fiel die pathologische Enge des Larynx auf Höhe der Glottis auf: Dorsal des Processus vocalis war kein Lumen aufzufinden. Das gesamte, dort normalerweise vorhandene dorsale Dreieck fehlte, mit der Konsequenz, dass der winzige Tubus (5.5) die gesamte Glottis ausfüllte. Ich habe zunächst alle anderen Ursachen für stenosenbedingte Dyspnoe ausgeschlossen: Trachea o.B., Supraglottis o.B., Ary bds passiv beweglich, d.h.: keine Ankylose, aber dorsale, leider breite (Cranio-caudal komplette) narbige Synechie der posterioren Kommissur: leider mit begleitender Fibrose auch der angrenzenden Interarytaenoid-Muskulatur: ich habe die kraniale Narbe bis zur Fibrose der angrenzenden Interarytaenoid-Muskulatur durchgeschnitten, da die Stenose hochgradig, der Patient symptomatisch und

allein die Intubation bereits so schwierig war, dass eine erneute Op nicht sinnvoll erschien. Außerdem hatte ich dieses Vorgehen am Vortage mit Mr. Foto abgesprochen (informed consent): Die angrenzende Interarytaenoid-Muskulatur habe ich geschont, um die bereits vorhandene Bewegungsstörung der Aryknorpel nicht noch zu verstärken.

Dann super kompliziertes „Aufwachen“: Patient war massiv unruhig, nach 10 Sekunden Spontanatmung ging die O₂-Sättigung sofort runter auf 80% mit dem Versuch des Herausreißens des 5.5er Tubus, Erbrechen: Galle in Tubus: Notfallmäßige Umintubation bei O₂-Sättigung von 40%, jetzt aber 6.5 Tubus: Die Intubation war trotz des größeren Tubus jetzt wesentlich einfacher als zuvor, da die Stenose jetzt therapiert war. Es erfolgte eine Bronchiallavage, bei der wir dankbarerweise keine Galle in den tiefen Atemwegen auffinden konnten. Sium meinte, dass die Umintubation rechtzeitig und ausreichend schnell erfolgt ist. Wir entschlossen uns trotzdem zur prophylaktischen Antibiose (Unacid), dann zweistündiges Abwarten (Simon diskutierte bereits laut die Notwendigkeit einer Tracheostomie, Alem war dagegen, weil Patient darüber nicht aufgeklärt war, ist als Notfallmaßnahme natürlich nicht aufklärungspflichtig). Ich war vor allem deswegen unruhig, da ich mir dachte, dass Mister F., den ich am Vortag als äußerst kritischen Menschen kennengelernt hatte, diese Komplikation gewiss nicht richtig würde einordnen können: letztendlich, nach zweistündiger Aufwachphase, aber problemlose Extubation mit prophylaktischem Einsatz des Cock-Stabes: darauf habe ich bestanden und ich habe ihn auch höchstpersönlich herausgezogen, nachdem ich gehört hatte, dass der Patient richtig gut Luft bekam: weite Glottis, kein Stridor, sondern sofort verbesserte Luft bei Inspiration mit gleichzeitig besserer Stimme.

Das postoperative Erbrechen war sicher der hier noch üblichen Halothan-Narkose zu zuschreiben. (Leider musste auch die nächste Patientin postoperativ lange erbrechen.)

Der zweite Patient mit einem Schilddrüsenkarzinom wurde deshalb erst nach langer Pause eingeleitet - für meinen Geschmack zu lang, aber alle wollten noch essen und wir hatten nur Sium als Narkosearzt. Alem hat sofort mit Dr. Habteab telefoniert, dass wir unbedingt einen zweiten Narkosearzt bräuchten und am Folgetag hatten wir zwei Anästhesisten, was nicht unmittelbar zu schnelleren Wechselzeiten führte, da wir noch keine zwei Beatmungsgeräte hatten. Später haben wir dieses Problem durch eine mobile, zweite Sauerstoff-Druck-Flasche gelöst.

Somit begann erst gegen 17:00 die Thyroidektomie bei Schilddrüsenkarzinom. Eine Jod-131-Therapie steht nicht zur Verfügung. Der Tumor wächst seit mindestens drei Jahren und war jetzt gut 6 cm groß. Der N. recurrens konnte caudal problemlos dargestellt werden. Beim Versuch, ihn aus der Schilddrüsenkapsel zu lösen, kam uns allerdings Tumorgewebe entgegen, so daß ich beschlossen habe, ihn zu resezieren, um die Prognose nicht unnützlich zu verschlechtern. Einen Kollateralast des N recurrens, der nicht in die Kapsel, sondern dorsal davon in Richtung Larynx zog, habe ich erhalten können. Die Kapsel mußte mit entfernt werden, ebenso ein ipsilaterales Parathormon-Epithelkörperchen, da es palpatorisch extrem derb und damit metastasensuspекt war und die Anamnese bereits über drei Jahre lief.



Eigentlich wollte ich abends dann nach Hause gehen, aber Alem hatte mich gebeten, mit ihr noch den Autoklaven den Op-Schwestern zu erklären. Ich hatte eigentlich gedacht, dass Ulrich Keller dies am Abend vorher ausreichend gemacht hat, aber sicherheitshalber bin ich auch noch einmal alle Schritte durchgegangen: Dankbarerweise konnten wir uns noch an Ulrichs Einweisung am Abend zuvor erinnern: >>Wenn der Autoklav nicht gebraucht wird, sollte die Wasser- Zuleitung abgedreht werden<<: Dementsprechend war das Ventil noch zu. Wir haben es dann geöffnet und durften später feststellen, dass es wohl keine Katastrophe, sondern nur eine entsprechende Fehlermeldung zur Folge gehabt hätte. In den Folgetagen gab es wiederholt Fehlermeldungen im Sinne von „Abfallwasserspeicher voll“: Dies hat Barak (ein intelligenter, wißbegieriger und sehr freundlicher junger Eritreer) klugerweise durch Verkürzen des ableitenden Wasserschlauches gelöst. Alem hatte ihn am Vortag extra gebeten, bei Ulrichs Einweisung dabei zu sein, weil sie wußte, dass sie in ihm später einen handwerklich begabten und klugen Helfer haben würde.

Mittwoch, 9.11.2011:

Zunächst habe ich Simon nach der hier üblichen Anästhesie-Medikation gefragt. Simon hat an der Front nämlich nicht nur die ganze Palette der Kriegsverletzungen behandelt, sondern hat auch viele Jahre hindurch Anästhesie gemacht: es waren Halothan-Narkosen nach folgendem Schema:

Einleitung: Atropin, Thiopental oder Ketamin

Relaxation: Succinyl-bis-cholin

Narkose: Halothan und Vecuronium (Relaxans)

Analgesie: Pitidin oder Morphin

Sedativa: Valium

Ich hatte Simon gefragt, weil am ersten Tag alle Patienten postoperativ erbrochen hatten, was sicher der Halothan-Narkose zu zuschreiben ist. Dennoch ist es in den folgenden Narkosen nie wieder passiert und ich durfte in Sium einen der ruhigsten und besten Narkoseärzte kennenlernen. Er hat jahrelange Erfahrung und Simon selbst hat sich von ihm vor Jahren anästhesieren lassen. Zudem war Sium extrem nett und hilfsbereit. Ich schätzte seine Ruhe am allermeisten. Bevor der Patient in der Saal kam, hat Sium sich alles in einer Reihenfolge zurecht gelegt: von ihm selbst fertig aufgezoogene Spritzen, Infusionsnadeln, Pflaster, Inf.lösung, Güdel, Tubus, etc.. Er hatte immer alles sicher im Griff.

1. Patient: Herr K., M., ca. 70 J. alt, T1 Stimmband-Ca , das die gesamte SB-Muskulatur bis nahe des inneren Perichondriums ausfüllte, sichere R0-Resektion infolge guter Verschieblichkeit zum Knorpel aber möglich: Erstens wäre transoraler Zugang wegen Nachblutung zu riskant gewesen, kein Laser, noch kein sicher funktionierender Monopol-Kauter, - den Monopol haben wir erst später hingekriegt - Zweitens hätte er eine komplette und andauernde Glottisinsuffizienz behalten, weil ich bis zum Thyroid hätte reseziieren müssen. Darum Wahl eines offenen Zugangs mit sicheren Absetzungsändern und Rekonstruktion (Taschenband-Imbrikation). - Die Situation

in einem solchen Land verlangt oft Kompromisse und Flexibilität! - So kam es zu einem sehr gutes Ergebnis, insbesondere auch zu einer vollkommen intakten Sprache (!) bereits drei Tage später bei gleichzeitig aspirationsfreier, völlig normaler oraler Ernährung vom ersten Tag an: Die Taschenband-Imbrikation steht akkurat gegenüber dem anderen Stimmband, die passagere Tracheostomie ist total sicher (nur mediane Inzision der Trachealknorpel, keine „Björksche Lade“). Alem und Neguse habe die ganze Zeit über zugeschaut und die Einfachheit, Vorteile und Sicherheit des Zugangs erkennen können.

Gegen 11.00 Telefonat mit Ulrich Keller: Er musste mir beschreiben, wo ich das Eurokabel finde, um den TV-Monitor an das Op-Mikroskop anschließen zu können: Hat sofort geklappt. Ulrich Keller weiß genau, wo er alles abgelegt hat und kann es so beschreiben, dass andere es finden. Ziemlich gut.

Zweiter Patient: Panendoskopie bei einem Patienten mit beidseits straffer Rekurrensparese in Medianstellung: Ösophagus und Bronchialsystem und Trachea tumorfrei. Auch hier wieder eine extrem kleine Trachea. Richtige Kindertrachea bei einem ausgewachsenem Mann! Leider hatte er eine Succi-Abbau-Störung: Sium brauchte drei Stunden, bis der Patient wach wurde. Zwischendurch wurde ich noch einmal gerufen, um auszuschließen, dass die Trachea eingeblutet ist und er deswegen nicht selbständig atmet. Dank des Videoscreens hat es keine zwei Minuten gedauert, alle davon zu überzeugen, dass die Trachea frei ist.

Dritter Patient mit einer ausgedehnten Larynxpapillomatose mit Verlegung der Glottis und mit subglottischem Wachstum (RRP) Mikrolaryngoskopische Resektion der Papillome auf Schleimhautniveau und anschließend sichere Blutstillung mit dem Monopol, der inzwischen funktioniert hat.

Dann ICU-Konsil bei einem kleinen Mädchen mit Dyspnoe, das intubiert werden mußte, bevor wir da waren: Das junge Mädchen hatte als Anamnese ein Asthma bronchiale, aber die Intensivmediziner bestanden auf der Diagnose einer extrathorakalen Stenose, trotz fehlendem Stridor und trotz fehlender Besserung nach Intubation. Alem und Neguse waren sich sicher, dass sie bereits eine laryngeale oder tracheale Ursache mit hinreichender Sicherheit ausgeschlossen hatten, hatten mich aus politischen Gründen aber trotzdem mit zum Konsil gebeten, um Ihnen den Rücken zu stärken.

Als wir alles (Kaltlichtquelle, flexibles Endoskop) zu dritt übers Gelände in die ICU getragen hatten, war die Patientin leider bereits wieder intubiert. Durch den durchsichtigen Tubus konnte man aber mit der flexiblen Optik die seitengleiche Ary- und Stimmband-Beweglichkeit erkennen. Die minderjährige Patientin war wach und sehr verängstigt, da die Intensivler sich hilflos zeigten: Durch ein Röntgen-Thorax war eine Lungenerkrankung ausgeschlossen worden und da die Patientin auf Medikamente nicht mehr ansprach, habe ich eine starre Bronchoskopie in unserem HNO-Op vorgeschlagen,

Am nächsten Tag (Donnerstag) haben wir eine Stunde auf die ICU-Patientin gewartet, die dann doch nicht gekommen ist, weil die ICU-ler den Transport der O2-pflichtiger Patientin entgegen vorheriger Zusicherung nicht leisten konnten. Alem war nur froh, dass die Patientin nicht zu uns kam, um bei uns zu sterben. Schrecklich! Aber tatsächlich kein HNO-Problem.

.Donnerstag, 10.11.2011:

Zuerst kleiner, fünfjähriger Junge mit Rezidiv einer medianen Halsfistel bei Zustand nach Op durch die Kinderchirurgie im Orotta: Revisionsoperation mit Resektion des mittleren Drittels des Hyoids, sehr schwierig wegen Vernarbung und kleinem Op-Feld.



Alle Eritreer haben winzig schmale Tracheen und Nasen, sind insgesamt superschmal gebaut, nicht nur super schlank bis hin zur Dürre, sondern vor allem schmal, aber Alem meinte auf meine Nachfrage hin, dass es dennoch keine Probleme mit schmalen Becken bei den Geburten gäbe, weil die Kinder wohl auch alle so schmale Gesichter haben. - Ergebnis des Eingriffs: Postoperativ keine Dyspnoe, kein Stridor, Mutter aber extrem unruhig und kritisch, sie hat zwei Tage gebraucht, bis auch sie überzeugt war, dass es ihrem Jungen gut geht.

Dann war ein Patient mit einer eitrigen Sialadenitis zur Submandibulektomie dran, wobei ich mich daran erinnerte, dass ich für die Patientin mit dem malignen, regional bereits metastasierten Parotistumor am nächsten Tag mich unbedingt mit Sium absprechen mußte, damit ich kein langwirkendes Relaxans für die Patientin bekommen würde. An diesem Tag war ich mir nicht sicher, ob er mich richtig verstanden hatte und am Folgetag auch nicht, so dass ich dieses Thema wieder und wieder wiederholte. Selbst Alem hatte ich darum gebeten, sich zu vergewissern, dass er mich auch wirklich richtig verstanden hatte. Tatsächlich fragte er mich am nächsten Tag erst noch einmal, bevor er es dann anscheinend wirklich kapiert hatte. Er hat die Patientin dann die gesamte Operation über in Spontanatmung gehalten und der N. facialis hat irritierenderweise kein einziges Mal beim optischen Monitoring gezuckt, so dass ich echt froh war, dass er postoperativ tatsächlich seitengleich intakt war.

Am Donnerstag hatten wir viele Patienten und ich war etwas traurig, dass es erst um 10:00 Uhr losging. Ich habe es aber sofort mit Sium besprochen, der sich umgehend entschuldigte, so dass ich wiederum mich schuldig fühlte, dass ich mit meiner deutschen Hast mich nicht an die eritreische Arbeitsweise anpassen konnte. Schließlich bin ich Gast und habe Rücksicht auf die hiesigen Arbeitsabläufe zu nehmen. Wenn sie eines in Eritrea haben, ist es Zeit (und Raum). Und wenn sie eines nicht haben, ist es Stress und Hetze. Keiner hat in dieser Woche je gemurrt oder sich beklagt, wenn wir bis 20:30 operiert haben. Alle haben es den Patienten zuliebe getan. Da sollte ich nicht morgens mit Eile drängen. Tatsächlich hatte Sium bis 8:30 die „Frühbesprechung der Anästhesisten“ im anderen Haus und mußte sich dann erst auf den Weg in die HNO machen, so dass er meist erst um 9:00 hier anfangen konnte. Dies hätte ich bedenken sollen.

Außerdem hat Alem so viele ambulante Patienten für die nächsten Tage zur Selektion und Planung der Op-Termine einbestellt, dass ich neben der Visite der stationären Patienten und den Verbandswechseln sowieso kaum Zeit gehabt habe, mich über einen späten Op-Beginn zu ärgern.

Es hat mir wirklich leid getan und ich habe mich in den folgenden Tagen nie wieder über lange Intervalle zwischen den Op's beschwert.

Am Abend haben wir dann noch eine 42-jährige Patientin operiert, bei der wir fälschlich ein Neurinom rechts submandibulär diagnostiziert hatten, weil der Tumor nach lateral in beiden Richtungen und gegenüber der Haut total frei verschieblich war und ein Kompartiment komplett auszufüllen schien, aber sich andererseits nicht in kranio-kaudaler Richtung verschieben ließ. – Wir brauchen dringend ein eigenes US-Gerät! - Differenzialdiagnostisch habe ich an ein Neurinom gedacht und mir eine ITN für die Patientin erbeten. Die auswärtige US-Untersuchung hatte nur einen zystischen Tumor ergeben.



Leider war es dann aber ein inoperabler Glomus-caroticum Tumor, der die Gabel total ausfüllte und über mehrere cm die Wand der Arteria carotis interna mit großen Gefäßabgängen ersetzt hat, so dass ich für einen Zentimeter Präparation mit Unterbindungen über eine Stunde gebraucht hatte, bis ich hier aus Sicherheitsabwägungen die Inoperabilität eingestehen musste. Die Risiken wären nicht vertretbar gewesen: Exitus durch Nachblutung respektive infolge intraoperativem Verbluten, respektive Halbseitenparese, respektive apallisches Syndrom wegen notfallmäßiger Unterbindung der Carotis interna.

So habe ich gerade noch rechtzeitig aufgehört: Postoperativ über die ganze Woche keine Nachblutung, keine Nervenschäden. Dennoch habe ich mir die ersten zwei postoperativen Tage Sorgen gemacht. Selbst Alem ist um 22:00 Uhr noch einmal in die HNO-Klinik, um mit den Angehörigen die Patientin zu besuchen und zu visitieren.

Aber Simon, der in all den Kriegsjahren eine beeindruckende Notfall-Erfahrung gesammelt hat, der bis zum Schluß der Op dabei war (auch fotodokumentiert hat) und der in dieser Woche „Hintergrund“ hatte, er war sich im Unterschied zu mir bereits abends ganz sicher, daß nichts passieren würde.

Freitag, 11.11.2011:

Als erste Op, ein maligner, metastasierender Parotistumor bei einer alten Dame, der aufgrund einer Zytologie falsch als Pl. Adenom diagnostiziert worden war. Mir ist aber rechtzeitig ein kaudaler LK in Area fünf aufgefallen, weil ich das Kopftuch der Patientin bis über die Schultern zurückgezogen habe. Der LK entsprach klinisch sicher einer Metastase. Daher wurde die alte Dame rechtzeitig über die totale P. und die ND aufgeklärt. Alem hatte das optische Monitoring als Aufgabe: N. VII postoperativ seitengleich intakt. ND: der ganze Hals war leider pickepacke voll mit Metastasen.



Mir war klar: Dies ist eine super wichtige Prestigewoche für uns alle (Eberhard, Alem, Neguse, Simon, Habteab, etc), da darf keiner mit einer Fazialisparese rausgehen, selbst wenn sie nur passager wäre. Hat dankbarerweise geklappt!

Zweite Op: TE bei kompletter Obstruktion, Pat über 30 Jahre alt, die ganzen Jahrzehnte vorher mit Mundatmung und Stridor gelebt. Ohne Worte.

Dann als letzter Patient heute: ein Priester mit einem total verwildertem Polypen der vorderen Kommissur, der wahrscheinlich seit über einem Jahr wuchs: Wegen glatter Schleimhaut und wachsartiger submuköser Konsistenz hoffentlich nur eine Amyloidose. Leider mußte ich ein Stück Schleimhaut von der vorderen Kommissur mit entfernen: Ich hoffe, dies führt nicht zu einer Synechie: er muss in der Kirche vorsingen.

Ich muss demnächst kleineres Kleinsasser- und Spreizlaryngoskope mitbringen, die beiden im Storz-Set sind für 99% der Eritreer einfach zu groß, ich habe die ganze Zeit nur den Kinder-Hängespatel aus dem Halibet-Hospital benutzt.

Alem und Neguse haben im Halibet alles ausgeräumt und zum Orotta transportiert: Deswegen sind ihre Kollegen im Halibet verstimmt (fühlen sich im Stich gelassen) und im Orotta werden sie als Fremdkörper behandelt, weil die HNO ein ganzes Jahr leer gestanden hat. (Offensichtlich war nicht transparent genug kommuniziert, dass man allgemein und HNO-Ärzte im Besonderen ohne Betten nicht operieren dürfen!).

Samstag, 12.11.2011:

Ein 31-jähriger Patient mit einem malignen Parotis-Ca, das sich leider weit an der Schädelbasis entlang erstreckt hat.

Um den N. facialis aufzufinden, der zirkulär über mehrere Zentimeter vom Tumor umgeben war, mußte ich eine partielle Mastoidektomie mit dem Meißel durchführen. Vom Mastoid aus war der N. VII dann sicher zu präparieren. Um den Tumor von der Schädelbasis abzulösen

und schrittweise mobilisieren zu können, mußte ich bis medial des Processus stylohyoideus präparieren. Erfreulicherweise hatte er keinen direkten Kontakt zur Carotis interna. Da zusätzlich eine klinische LK-Metastase in Area IIb bestand, war noch eine modifiziert radikale Neck dissection erforderlich. Ich habe das Gewebe zur Histologie mit nach Lübeck genommen, wo die Pathologen es netterweise feingeweblich aufgearbeitet und diagnostiziert haben: Leider bestätigte sich der klinische Verdacht: es ist ein low-grade-Mukoepidermoides Karzinom pT3N1R0. Hier die präoperativen Bilder:



Der N. VII war post-operativ erfreulicherweise ebenfalls seitengleich intakt.

Montag, 14.11.2011:

Ein 15-Jähriger Patient mit einem infiltrativ wachsenden Tumor des rechten Oberkiefers (DD: Ameloblastom oder Sarkom) mit Infiltration des Nasenbodens, Destruktion des Hartgaumens, Infiltration der Wangenweichteile bis in die Subkutis und Infiltration des medialen Orbitabodens. Operation: Hemimaxillektomie rechts mit klinisch kompletter Resektion des gesamten Tumors inklusive ipsilateralem Hartgaumen, Oberkiefer, medialer Orbitaboden, laterale Nasenwand, vordere Kieferhöhle und Wangenweichteile bis in die Subkutis (Resektion auch des Musculus orbicularis oris, da vom Tumor infiltriert. Die Ossären Schnitte wurden mit dem Meißel durchgeführt, die Rekonstruktion mit einem Wangenschleimhautverschiebelappen. Mikulicz-Tamponade der rechten Nase.

Ich denke, es ist ein Ameloblastom, weil es nicht wie die Sarkome aussah, die ich zuvor operiert habe, aber die Histologie bleibt abzuwarten.



Alem bringt mich zurück ins Hotel, wo ich versuche, „vor zu schlafen“, ehe ich heute Nacht mit Egypt Air den Heimflug antrete. Damit gehen 9 Tage zu Ende, die mein Leben bereichert haben: Ich bin sehr erleichtert, daß alle Operationen gut verlaufen sind. Ich habe in den einheimischen Kollegen Dr. Alem, Dr. Simon und Dr. Neguse erneut außerordentlich kompetente und sehr liebenswerte Menschen erlebt, mit denen mich eine herzliche Freundschaft verbindet. Auch das restliche Team, vor allem die Op-Schwestern, haben meinen großen Respekt für ihre Kompetenz und ihre immer freundliche und ruhige Einsatzbereitschaft gewonnen. Und in Asmara habe ich mich kompromisslos wohl und sicher gefühlt.

Ich hätte gerne mehr Zeit zur Verfügung gehabt. Anbei ein Bild von Alem (zweite von links) und den Op-Schwestern:



