

# Kjære venner

## HODESKADER

Hodeskader er et stort problem i Etiopia. I en studie fra Jimma Universitetssykehus 2014 fant man i løpet av fire måneder 52 hodeskader innlagt kirurgisk avdeling. Av disse var 38,5 % forårsaket av slåsskamp / overfall og 36,5 % fra trafikkulykker. I Norge er de aller fleste hodeskadene vi ser på sykehusene ganske milde og man kan som regel sendes hjem etter CT -undersøkelse med råd om ro og hvile.

I Etiopia er det annerledes.

36,5 % av pasientene har alvorlig hodeskade og 21,2% dør.



*Hodeskade på intensivavdelingen*

Siden vi kom til Soddo har vi sett 8 hodeskader innlagt på avdelingen. Av disse har to dødd. Dette er unge mennesker utsatt for vold og trafikkulykker. De som dør, har alle kommet inn bevisstløse med store skader sett på CT undersøkelse, de har blødninger inne i hjernen, brudd i hodeskallen og får en diffus hevelse i hjernevevet som gjør at pustesenteret tilslutt ikke fungerer lengre. Dette kan ta flere dager, vi gir støttende behandling, men det er vondt å gå hver dag og se på at en pasient dør uten å kunne gjøre noe for å hindre dette. Det er selvfølgelig enda verre for de slektninger og venner som samles på sykehuset. Når pasienten dør, trilles de ut av intensivavdelingen vår på en bære med hvitt laken over gjennom sykehusområdet. Slektinger og venner følger etter, sørgende og gråtende på afrikansk vis. Vi føler med dem.

Mange hodeskade skjer etter trafikkulykker, trafikken er til tider kaotisk her nede. Det går folk og dyr i veiene, lastebiler er fulle av folk på lasteplanet og jeg kan knapt huske å ha sett en motorsyklist, og ihvertfall ikke en vanlig syklist med hjelm.

## MANDAG - TUNG TARMKIRURGI OG MARTIN OPERERER SPRUKKET MAGESÅR

Mandag ble en utfordrende dag, på den ene stuen opererte jeg først en pasient som vi har gått og vaktet på i flere dager. Han hadde hatt en sigmoidvolvulus, det betyr at tykktarmen hadde rotert rundt seg selv, og blitt operert før vi kom med fjerning av den delen av tykktarmen. Etter operasjonen kom han seg aldri helt og på mandags morgen var han hard i magen og det var klart at noe var galt. Det gikk raskt å få ham på operasjonsbordet og når vi åpnet fant vi hull i venstre fleksur av tykktarmen. Da ble det det vi kaller damage control kirurgi, vi fjernet raskt venstre side av tykktarmen, skylte godt og la pasienten tilbake til intensiv-avdelingen. Så planlegger vi å kikke på ham på onsdag og da legger ut tarm.

Den neste pasienten vi opererte var den samme som vi opererte i helgen. Han med lekkasje fra blindtarm-stumpen. Ved forrige operasjon lurte jeg på om det var kreft, men etter å ha sett på bildene sammen med Tone og slik det kjennes og ser ut under operasjonen skjønner vi at det mest sannsynlig er en svær betennelsesprosess og ikke kreft hos denne pasienten. Hjemme ville vi koloskopert en slik pasient senere, men her finnes ikke tilgjengelig koloskopi, en annen mulighet vil da være en kontroll CT røntgen om 3 måneder. Det gikk svært bra med pasienten etter operasjonen og han reiste etter noen få dager.



*Tone peker på betennelsesområdet*

Martin hadde en alvorlig syk pasient på sin stue. Denne pasienten hadde kommet inn med sprukket magesår, når han først kom til sykehuset var han i sjokk på grunn av infeksjonen. Han ble raskt operert og såret lukket. Men under operasjonen fant vi en del av tynntarmen som var mørk og dårlig sirkulert. Det ble bestemt å gjøre en ny kikk inn i buken dagen etterpå for å se om tarmen ble friskere i fargen, eller om vi måtte fjerne den.



*Martin og Gezahegn opererer perforert magesår, Tone følger spent med*

Mandag hadde jeg også forelesning, jeg startet med to foredrag om traumekirurgi. Hjemme i Norge blir vi kirurger mer og mer spesialiserte med mindre erfaring utenfor vårt spesialområdet. Det er en ønsket utvikling, men vi mister også mye bred erfaring hos kirurger - noe som jeg tror er svært verdifullt å ha. Slik utdanningen av kirurger er lagt opp i Norge er det vanskelig å få slik bred erfaring. Derfor tenker jeg at hospitering ved sykehus i den tredje verden vil gi en verdifull eksponering og erfaring i traumekirurgi og åpen kirurgi for leger i utdanning. Det bør også kombineres med forelesning, og derfor begynte jeg med en forelesning i traumekirurg.

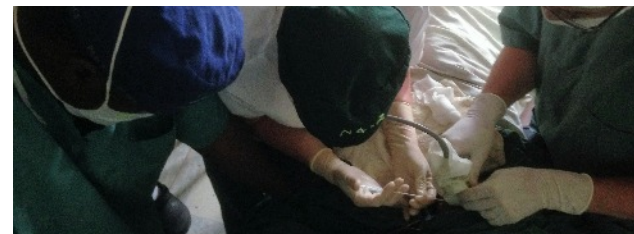
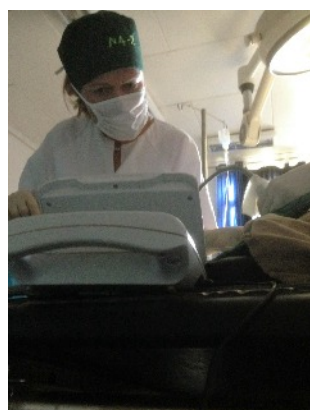


*Senere på dagen opererer Martin keisersnitt sammen med Ebenezer, denne gangen følger Juliana spent med fra hjørnet*

## TIRSDAG - TONE GJØR INTERVENSJON OG JEG GJØR SECOND LOOK PÅ MARTINS PASIENT



Når vi kom til sykehuset, lå det en kvinne på avdelingen med en svær hevelse i det ene kinnet. Det var allerede forsøkt med kirurgisk drenering, men pusslommen lå vanskelig til. Tone gjorde derfor en vanskelig drenering ultralydveiledet med stor suksess og pasienten kunne reise etter noen dager med mindre hevelse og tappet pusslomme.



Vår pasient med sprukket magesår hadde blitt betydelig dårligere over natten, og vi tok ham derfor inn til operasjon. Jeg fant da svart tarm og sammen med dr Chala fjernet jeg den svarte tarmen, underbandt tarmene og la på en hjemmelaget vakuumbandasje. Pasienten var så dårlig at anestesipersonellet ikke ville gi narkose, slik at operasjonen ble gjort i lokalbedøvelse med tillegg av diklofenac.



*Duane bruker bleach*



*Duane underviser*

På ettermiddagen var det igjen undervisning, denne gangen av ortopedien Duane Anderson. Han har vært i Soddo siden 2006 og det er fantastisk å høre om hva han har klart å få til her. Soddo Christian Hospital har blitt et av de beste ortopediske sykehusene i landet, og her får han til intern fiksering og hofteprotese kirurgi med infeksjonsrater på linje med vestlige sykehus. Det er en kjempebragd i afrikansk sammenheng, og Duane er ikke i tvil om at den lave infeksjonsraten skyldes at han skyller med "Bleach" en kloroppløsning i alle sår.

### **ONSDAG - TONES FAMILIE KOMMER OG JEG GJØR SECOND LOOK**

På onsdag var det klart for ny operasjon av pasienten fra mandag der vi hadde fjernet venstre del av tykktarmen. Når vi åpnet pasienten var det dessverre lekkasje av avføring fra den ene tarmenden. Hjemme lukker vi tarmender med stiftemaskiner, her ble den sydd igjen og det hadde lekket litt ut gjennom et lite hull. Vi fikk skyllet og vasket gjennom magen, og deretter mobilisert tykktarmen slik at vi kunne ta ut tverrcolon til en stomi på høyre side. Nå håper og ber vi om at alt skal gå bra med pasienten, han har vært gjennom mye nå.



*Foredrag*

På onsdag ettermiddag holder jeg igjen forelesning, denne gangen om kreftkirurgi i tykktarmen. Etter en lang reise kommer også Tones familie, Kenneth og de to barna frem til Soddo. Det er veldig hyggelig å ha dem her sammen med oss.

På onsdag dør magesår pasienten. "They always die" sier PAACS koordinator Netsanat, de kommer for sent til sykehuset, vår pasient var i septisk sjokk, ikke kontaktbar, uten følbart blodtrykk når han kom. Igjen ser jeg en bære med ett hvitt laken kjører forbi.

### **TORS DAG - DEN LANGE DAGEN**

To uker før vi kom til Soddo, kom det en ung kvinne i begynnelsen av 30 årene til sykehuset. Hun kom fra området sør for Arba Minch, da har de reist forbi ihvertfall to sykehus på veien. Hun hadde en kreftsvulst i endetarmen. Det ble tatt CT bilder, man fant ut at svulsten var langtkommet, men det så ikke ut som om det var spredning. Pasienten fikk beskjed om å komme tilbake senere slik at vi kunne få se på henne. Nå var hun kommet, det er sjelden å se en slik stor svulst, vi kunne også se lymfeknutespredning langs endetarmsblodåren opp mot aorta - hovedpulsåren. Det så også ut som om svulsten vokste inn i skjeden. Svulsten satt også såpass langt nede at den eneste mulige operasjon var å fjerne hele endetarmen og gi henne en permanent stomi. Det er ikke alltid enkelt å akseptere, og i hennes område er det nok svært vanskelig å få tak i stomiutstyr.



*Lokalavansert kreftsvulst i endetarmen. Spredning til lymfeknuter. Innvekst i skjeden?*

Jeg hadde med stomiutstyr i fjor fra sykehuset i Tønsberg, det var nå allerede oppbrukt og PAACS koordinator Netsanat forteller at pasienter som trenger stomiposer må da kjøpe dyrt på markedet (noen ganger er stomiposer tilgjengelig på markedet - på afrikanske marked får man visst kjøpt alt mulig...) eller bruke vanlig plastikkposer som tapes rundt. De var svært takknemlige for stomiutstyr i år også. Vi får prøve å få sendt stomiutstyr til dem, for jeg klarte ikke i år å få med alle stomiposene i bagasjen.



*Tone lukker fascie og hud*

Jeg opererte sammen med dr Tedi og dr Ronald, Tone var også med på deler av operasjonen. Operasjonen gikk veldig greit hele veien, til og med sning fra ryggleie til mageleie fikk vi til. Operasjonen tok over 6 timer, og pasienten blødde ikke mer enn ca 200 ml. Det er ganske bra, og jeg var lettet etter at vi var ferdige. Ofte kan slike pasienter blø 500 - 800 ml hjemme. Ronald ba flere ganger for pasienten og det er jeg sikker på hjelp. Det er ikke bare enkelt å operere slik avansert kreftkirurgi som eneste spesialist uten egnede instrumenter og uten MR bilder før operasjon. Vi tok med en bit av skjeden siden vi mistenkte innvekst, men etter operasjonen så det ut som om den heldigvis var uten kreftinnvekst.

All ære til Gud, vi tror nå at denne småbarnsmoren fra landsbygda sør for Arba Minch nå er uten kreft igjen i kroppen. Selvfølgelig kan det komme spredning eller tilbakefall, men nå føler vi at vi kan være optimister!

### **FREDAG - DRAMATIKK**

På fredagen hadde vi planlagt en tur til Awassa. Før vi skulle dra assisterte Martin og jeg på hver vår prostatektomi. Deretter var det fjerning av et maiskorn i luftveiene på en to år gammel gutt. Han hadde hatt hoste i to måneder, CT viste nærmest hvit lunge på venstre side og et fremmedlegeme i hovedluftveien til venstre lunge.

Det er alltid dramatisk når vi fjerner slike fremmedlegemer, jeg har gjort dette flere ganger før i Soddo. Barnet blir intubert med et stivt bronkoskop og så går vi ned med en liten kikkert med tang og fjerner fremmedlegemet.

Denne gangen skulle dr Ebenezer forsøke seg, etter to forsøk gir jeg beskjed om at nå må han få den ut eller så overtar jeg. Da fikk han ut maiskornet og jubelen spredte seg rundt i operasjonsstuen.

Vi gjør oss klare til å dra, pakker i bilen og skal til å kjøre.

Telefonen ringer.

Barnet har fått hjertestans. Martin og jeg springer så fort vi kan tilbake til operasjonsstuen, Martin får tak i en defibrillator og etter flere runder med adrenalin, atropin, hjertemassasje, ventilerings, suging i luftveiene og tre ganger sjokk med defibrillatoren starter det lille hjertet igjen.

Martin gjorde en kjempeinnsats.

Barnet stabiliseres, etterhvert legges han på intensivavdelingen og vi kan reise til Awassa.

Neste morgen ringer vi for å høre hvordan det har gått, barnet har dødd i løpet av natten. Det er en trist lørdags morgen. Foreldre sørger, personalet på sykehuset i Soddo sørger, som kirurger sørger vi også. Det er tungt, jeg var ansvarlig overlege - et lite barn døde.

Takk for hilsener etter forrige brev, og takk for støtte!

Med vennlig hilsen Bjarte Tidemann Andersen

