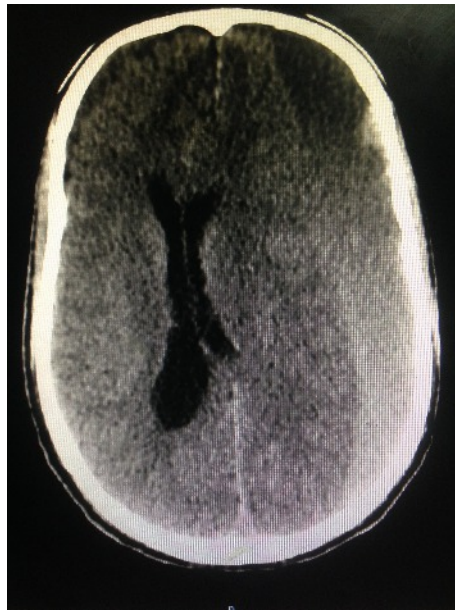


Kjære venner

Jeg er nå i Addis Abeba, Olaf har reist hjem og jeg skal være med dr Daniel noen dager før jeg også reiser hjem neste torsdag.

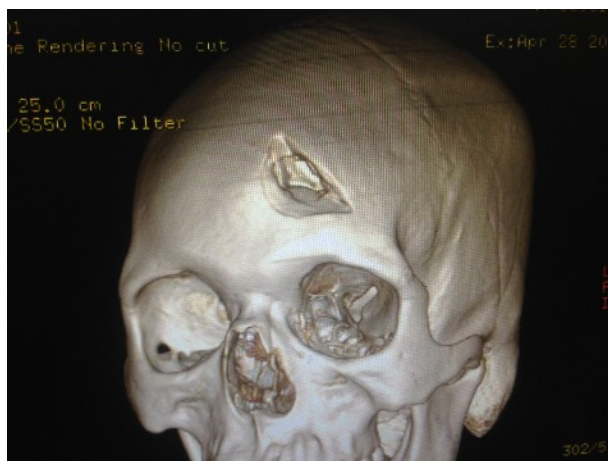


Det forrige brevet sluttet lørdag 29. april med to hjerneoperasjoner i Soddo.

Like før midnatt ble det enda en operasjon, et keisersnitt. Keisersnitt er nok en av de viktigste operasjonene som kan gjøres her, man redder to liv.

I følge tall fra 2015 dør 353 mødre pr 100 000 levende fødsler, i tillegg vil mange mødre og barnet dø i forbindelse med dødfødsler. I Norge er tilsvarende tall 5 dødsfall pr 100 000 levende fødsler. Det gjøres et omfattende arbeid i Etiopia, blant annet med støtte fra Norsk Luthersk Misjonssamband, for å gjøre trygge fødsler og keisersnitt bedre tilgjengelig for befolkningen.

Hjerneoperasjoner i Soddo



Keisersnitt og fødselshjelp blir nå gitt på flere og flere mindre sykehus og helsestasjoner, keisersnitt blir også utført av ikke-leger, av helseoffiserer med spesialutdanning, med gode resultater. Allerede ser man at mødredødeligheten synker kraftig der keisersnitt er mer tilgjengelig.

På søndagen var det nok en hjerneoperasjon, denne gangen ikke blødning, men et brudd i hjerneskalen som vi løftet opp og

fikk lagt på plass. CT er et fantastisk hjelpemiddel i utredning av hodeskadde pasienter. Da jeg var kirurg i Jinka og de første årene jeg besøkte Soddo før CT kom, hadde vi ingen mulighet til sikkert å vite om pasientene hadde blødninger eller ikke i eller rundt hjernen. Ofte valgte jeg å lage borrehull uten sikkert å vite om pasientene hadde blødning, av og til fant jeg en blødning, men ofte fant vi ingenting. Nå kan vi sikkert vite, og de pasientene som ikke har blødning, men diffus hjerneskade, slipper da en unødvendig operasjon.



Jordmor er klar til å ta imot barnet, med strikkelue fra Norge



Klar til leveroperasjon

Så, på tirsdagen, satte vi igjen i gang med leveren som lakk galle. Før forrige operasjon lakk pasienten 600 ml galle i døgnet, etter forrige operasjon var lekkasjen redusert til 200 ml galle i døgnet. Kan vi klare det bedre? Jeg opererte sammen med dr Surafel. Forrige operasjon varte i 5 timer, men det var mest fordi det var så mye sammenvoksninger som måtte løsnes og fordi vi gjorde røntgen av galleveiene. Nå var det ingen sammenvoksninger og røntgen trengte vi ikke to ganger.

Vi kom raskt til leveren, og fant stedet hvor lekkasjen hadde vært forrige gang. Det var såvidt vi klarte å se noen små dråper av galle som lakk

ut fra sårflaten på leveren. Som noen lesere kanskje kjenner til, har jeg tidligere brukt superlim på en hjernehinne lekkasje (<http://www.tesfa-hope.org/brev/20121124Brev.pdf>). Kunne vi kanskje bruke superlim her også?



Superlim ble oppfunnet i 1942, men det tok seks år før man forstod nytten av oppfinnelsen. Superlim består av ulike former av cyanoakrylater, de kommersielle superlimene er metyl-cyanoakrylater eller etyl-cyanoakrylater. Først på 70-tallet kom butyl-cyanoakrylater og senere oktyl-cyanoakrylater som er medisinsk godkjente superlim varianter.

Det fortelles at det under Vietnamkrigen ble utviklet sprayflasker med superlim som ble brukt med stor suksess mot større blødninger. Førstehjelpere sprayet såret med superlim før transport til feltsykehus.

Nå stod vi og så på sårflaten i leveren, med en liten, synlig lekkasje. Forsiktig la vi en hinne med superlim over lekkasjen, deretter la vi ett nett over og sydde flere sting - før mesteparten av superlimhinnen løsnet, og måtte fjernes....

Kanskje like bra, vi fortsatte med nettet og sydde igjen flere sting over lekkasjen og la nett på siden av sårflatene og fikk sydd igjen hele såret i leveren.

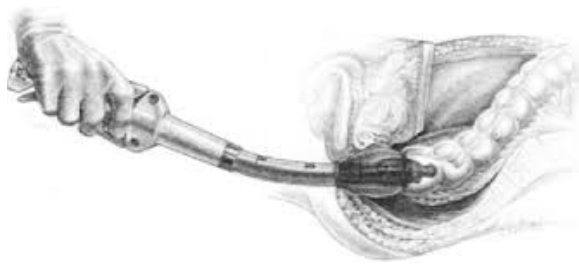
Dagen etterpå var det 200 ml på drenet, men det kunne jo også være rester av skyllevæsken. Så avtok lekkasjen til 0 ml i døgnet, før det siste døgnet har vært 100 ml. Jeg tror nå vi kan vente og se om ikke lekkasjen stopper opp av seg selv. Med såpass liten lekkasje er det håp om det, men en lekkasje på 600 ml i døgnet, er det ikke håp om at det stopper opp av seg selv.

Onsdagen kjørte vi til Addis, turen gikk greit - selv om vi havnet midt i rushtrafikken inn til byen. I Addis tok vi inn på det norske gjestehuset hos NLM.

Torsdag ble jeg med dr Daniel til Menelik II hospitalet der vi opererte to endetarmskreft pasienter. Den første var en kollega og venn av dr Daniel, så han lot meg være hovedoperatør. Operasjonen gikk fint, vi laget en tarmskjøt med stiftemaskin EEA28 fra Medtronic.



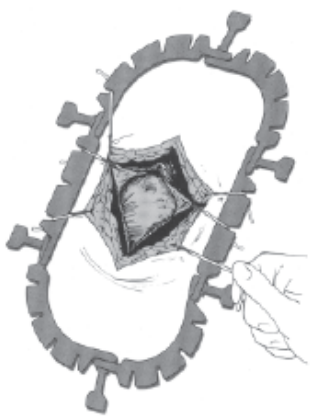
Vi opererer på Menelik II Hospital



Tarmskjøt lages med stiftemaskin

Hjemme bruker vi minst to stiftemaskiner ved slike operasjoner. Først en til å dele tarmen, og så en til å lage tarmskjøten. Her mangler vi stiftemaskinen til å dele tarmen. Derfor blir

operasjonen mer tungvint, vi må dele tarmen med kniv og lage en tobakkspung-sutur i den nederste tarmenden, der vi i Norge bare lukker og deler med stiftemaskin. Jeg syntes vi fikk det greit til og klarte å lage en tett og fin tarmskjøt.



Lone Star ramme

Den neste pasienten hadde en svært lav kreftsvulst, slik at dr Daniel her laget en håndsydd tarmskjøt til endetarmsåpningen. Her fikk han god bruk for Lone Star rammene som jeg tar med fra sykehuset i Tønsberg. I Tønsberg blir de kastet etter en gangs bruk, her blir de vasket, resteriliserte og brukt til de går i stykker. Jeg hadde med slike både til Soddo og Menelik.





På torsdags kvelden spiste vi på Dashen restaurant sammen med Gerawork og Miliyon med familie. Senere på kvelden reiste Olaf hjem til Norge.

Olaf er godt fornøyd med turen. Han fikk endelig til slutt nesten klart å reparere operasjonsbordet til Duane, det er kun mindre ting som står igjen, mindre ting som vedlikeholdsarbeiderne i Soddo nok klarer å fikse selv. Det er nesten som om ryktene går om Olaf, på Menelik har de også operasjonsbord de så gjerne ville Olaf skulle se på. Dessverre var det ikke tid til det nå, vi satser på neste gang!

Olaf har reist hjem, teamet har blitt halvert

Jeg har fremdeles neste uke der jeg skal undersøke videre mulighetene for utvikling av kikkeshullskirurgi og operere sammen med dr Daniel. Det gleder meg veldig at dr Daniel viser så stor entusiasme for nitidig kreftkirurgi. Han opererer nå sine pasienter med sentral kardisseksjon både på høyre og venstre side, dvs han tilstreber D3 på venstre og D2+/D3- på høyre. Samtidig er han opptatt av og opererer i de riktige vevs-sjiktene. På denne måten opererer han mer radikalt enn det som har vært vanlig i Etiopia tidligere. Han har også gått over til å snu pasientene i mageleie når han gjør rektumamputasjon og fjerner hele endetarmen. Dette er ting vi har snakket sammen om, og gjort sammen. Nå sprer dr Daniel dette videre i det kirurgiske miljøet i Etiopia, det er gledelig. Dette er ett av våre viktigste satsningsområder i Addis, å hjelpe til med å innføre moderne kirurgiske prinsipper for kreftkirurgi.

Recommendations

- In most cases D3 for left sided cancer T2/T3
 - D2 for the elderly and fragile with atherosclerotic blood vessels
- D2 + or D3 for the right sided cancer
 - Limit dissection to SMV or anterior plane when SMA crosses anteriorly
- Radical D3 as part of clinical study
- In all cases observe meticulously CME technique

Fra D3 foredraget mitt, holdt i fjor her i Addis.

I Addis har jeg også møtt lederen for stomiforeningen og stomisykepleieren Helen. Vi har jo startet med forsendelser av stomiposer til Etiopia, støttet av Lions Club Tønsberg. Det er vanskelig å forstå hvor viktig det er med stomiposer, før man kommer et sted der de mangler. Uten stomiposer får pasienter lekkasjer, luktproblemer og hudproblemer. Det er derfor ett svært viktig tiltak å prøve å hjelpe pasienter her med stomiposer. Det koster litt over 900 kr å sende en pakke med 10 - 11 kg stomiposer, allerede har vi sendt 6 pakker til Addis og 5 pakker til Soddo.

Så i dag har jeg vært med dr Daniel på visitt, begge pasientene vi har operert sammen har det bra. Jeg ser frem til flere operasjoner med dr Daniel neste uke.

Med vennlig hilsen

Bjarte T Andersen