

FUSSCHIRURGIE

Hilfe für Kinder in El Salvador

Die amerikanische Organisation „Healing the children“ entsendet seit 1979 Teams von Chirurgen nach Mittel- und Südamerika, in afrikanische Staaten oder in den Nahen Osten. Im September 2003 war als erster Deutscher der niedergelassene Chirurg Dr. Enno Keller aus Ahrensburg mit der Organisation in El Salvador, um zusammen mit amerikanischen Kollegen Kinder mit Fußmissbildungen zu operieren.

Eine 21-köpfige Gruppe sammelte sich am **##. September 2003** am Houston Airport zum Abflug nach San Salvador, um Kindern mit Fußmissbildungen in El Salvador zu einem besseren Leben zu verhelfen. Die Krankenschwestern, Pfleger, Assistenzärzte, Anästhesisten und Fußchirurgen stammten aus verschiedenen Bundesstaaten der USA, ich war als einziger Deutscher mit von der Partie. Organisiert wurde die Reise von der amerikanischen Hilfsorganisation „Healing the Children“ aus Philadelphia, es war der erste Einsatz der Organisation in El Salvador.

Für einige der Teilnehmer war es bereits die siebte Mission, für andere die erste. Wir alle hatten unsere Reisekosten selbst gezahlt, Urlaub genommen oder unsere Praxen geschlossen. Vor Ort fanden wir Unterstützung durch den Rotary Club San Salvador, der sich um die Vermittlung im Krankenhaus bemühte, die kleinen Patienten zur Vorstellung brachte, den täglichen Bustransport der medizinischen Gruppe übernahm, das Mittagessen besorgte, einen Teil der Hotelkosten übernahm und vieles andere mehr.

Viele Kinder litten unter nicht behandelten Klumpfüßen

Am ersten Tag im „Hospital de Zacamil“, einem Krankenhaus mittlerer Größe, warteten bereits 50 kleine Patienten mit ihren Eltern auf die Spezialisten. Unterstützt durch Dolmetscher, untersuchten jeweils zwei Teams mit drei Chirurgen die Kinder. Etlichen der Kinder konnte man



Viele der kleinen Patienten kamen zu uns mit nicht behandelten Klumpfüßen und Missbildungen infolge von Kinderlähmung oder neuro-muskulären Erkrankungen

nicht helfen: Sie litten unter kompletten Lähmungen durch Hirn- oder Rückenmarksschäden. Bei anderen hätten orthopädische Hilfsmittel wie Schienenapparate gereicht, die vor Ort jedoch nicht zu bekommen sind, da nur diejenigen in den Genuss einer Krankenversicherung kommen, die eine offizielle Arbeit haben.

Achtzehn Kinder im Alter zwischen fünf Monaten und 13 Jahren suchten wir schließlich am ersten Tag zur Operation aus. Es waren Kinder mit nicht behandelten Klumpfüßen, Folgen von Kinderlähmung und Fußdeformierungen durch Nerven-Muskellähmungen. Diese Kinder durchliefen dann ein perfekt organisiertes Programm: Auf den Aufnahmebögen wurden Vorgeschichte, Diagnose und geplante Operation dokumentiert, ergänzt durch ein Polaroid-Portätfoto. Zusätzlich erstellten wir Digitalfotos der Fußmissbildungen und der Röntgenaufnahmen. Anschließend wurden die Kleinen vom Anästhesieteam untersucht, bekamen das übliche Plastikarmband zur weiteren Identifikation und die notwendigen Blut-

untersuchungen durch das Krankenhauslabor.

Am Anreisetag vier Kinder mit einfachen Eingriffen operiert

Am späten Nachmittag waren alle 50 Kinder untersucht und 18 von Ihnen für die Operation vorbereitet. Um fünf Uhr war der Operationssaal ebenfalls bereit und man konnte gleich am ersten Abend vier Kinder mit einfacheren Eingriffen



operieren. Zurück im Hotel, trafen sich Chirurgen und Assistenten und diskutierten am Laptop die weiteren Fälle gemeinsam – ohne akademische Eitelkeiten und Selbstdarstellung, auch mit Witz und Dosenbier, aber auf hohem chirurgischen Niveau, mehr als zwei Stunden lang.

Am folgenden Tag behandelten wir sieben Kinder mit elf Fußoperationen und sahen uns zwischendurch weitere Kinder an. Der Zoll gab 160 Kartons mit Hilfsmaterial erst am Mittag des zweiten Tages frei, so dass Improvisation und Hilfe vom Krankenhaus notwendig waren.

Bard

Anfangs unverhohlenes Misstrauen der Kollegen vor Ort

Das dortige OP-Personal, die Chirurgen und Assistenten ließen sich jedoch kaum blicken. Sie begegneten unserer Gruppe zunächst mit unverhohlener Abneigung – erst später erfuhr wir, dass man in der Vergangenheit schlechte Erfahrungen mit solchen Teams gemacht hatte. Manch einer glaubte auch, dass einige der Ärzte wohl eher zum Üben denn zum Helfen kämen. Abneigung gegen die USA und die universelle chirurgische Eitelkeit mögen ebenfalls eine Rolle gespielt haben.

Zweifel an der Qualifikation der Fußchirurgen waren jedenfalls nicht angebracht: Drei der nordamerikanischen Fusschirurgen waren Spezialisten von allerhöchstem Rang und großer Erfahrung. Es bedurfte keiner Diskussionen über die Aufgabenverteilung, jeder fand seinen Platz fast von allein. Wer in bestimmten Fällen weniger Erfahrung hatte, der assistierte oder übernahm die leichteren Fälle. Die in einem Operationssaal herrschende Hierarchie verteilte sich wie selbstverständlich nach Erfahrung und Können. Man sieht sofort, was der einzelne kann – das wirkt wohltuend regulierend.

Drangvolle Enge mit vier Teams in einem OP-Saal

So war höchste Qualität auch in den schwierigen, oft zwei- bis dreistündigen Eingriffen stets gewährleistet. Da nur ein Operationssaal zur Verfügung stand, operierten wir im glei-

chen Saal an zwei Tischen, von denen der eine nichts anderes als eine fahrbare Trage war.

Die drangvolle Enge, wenn vier OP-Teams gleichzeitig operierten, die ratende und wenig funktionierende Klimaanlage und die reichlich notwendige Improvisation beeinflussten weder die medizinische Qualität noch die Stimmung dieser Truppe. Nach der Operation betreuten Pam und Sara, zwei Intensivschwestern aus Missouri, die kleinen Patienten.

Glücklicherweise schwand das Misstrauen der örtlichen Krankenhausmitarbeiter rasch: Immer mehr OPSchwestern des Hospitals kamen in den OP, um zuzuschauen. Ebenso tauchten die dortigen Assistenzärzte auf, auch die Chefs schauten sich die Operationen an. Wir ergriffen diese Gelegenheiten und ermunterten die Kollegen zum Assistieren, erklärten den Schwestern unsere Arbeitsweise – die Atmosphäre wurde freundlich und freundschaftlich. Im gleichem Maß stiegen die Temperatur im OP und der spanisch-englische Geräuschpegel.

Ein ähnliches Bild auf der Station bei den Visiten: Anfänglich mussten wir noch nach Schwestern, Assistenzärzten und den kleinen Patienten suchen, bald jedoch herrschte drangvolle Enge in den Zimmern – eine bunte Mischung aus operierten Kindern, ihren Eltern, Pflegepersonal, Studenten, Assistenten und den Chi-

rurgen aus den USA. Man verstand sich, klopfte sich auf die Schultern, wartete geduldig, lächelte, streichelte die Kinder und nahm sie auf den Arm. Auf diese Weise dehnten sich die Visiten bis in den späten Abend aus.

Wir operierten täglich von neun bis 19.30 Uhr und kehrten erst nach 21 Uhr ins Hotel zurück. Am Ende der Reise hatte die Gruppe 27 Kinder mit 39 deformierten Füße operiert. Es waren weniger Eingriffe als geplant weil wir darauf verzichteten, noch am letzten Tag zu operieren. Schließlich war deutlich geworden, dass die Nachsorge der Patienten schwierig sein würde. Es mussten ja nach der Abreise der Gruppe nicht nur Verbände und Gipse gewechselt, sondern auch beispielsweise Drähte und Nägel zum rechten Zeitpunkt entfernt werden. Also wurde den Assistenzärzten Geld zugesteckt, Nachsorgepläne angefertigt und gemeinsam besprochen. All dies fand am letzten Tag bei ausgiebigen Visiten statt.

Das Team hat ein paar kleine „Seesterne“ gerettet

Das noch reichlich vorhandene medizinische Material überließ die Gruppe dem Krankenhaus, die noch nicht verteilten Stofftiere und Puppen bekamen die Kinder und das Personal. Am Abend vor der Abreise saßen die Chirurgen noch einmal zusammen und wir fragten uns „Waren diese 27 Kinder nicht viel zu wenige?“ Einer der Teilnehmer antwortete mit einer Geschichte: Zwei Männer gingen am Meer entlang. Der eine fand einen Seestern und warf ihn ins Meer zu-

Healing the Children

Die Hilfsorganisation „Healing the children“ (HTC) wurde 1979 in Illinois, USA gegründet. Sie unterhält mittlerweile weltweit 15 Niederlassungen und richtet jedes Jahr eine acht- bis zehntägige Reise in ein Land aus, in dem viele Kinder auf medizinische Spezialbehandlung angewiesen sind. Für diese Reisen rekrutiert HTC internationale Spezialisten aus den Bereichen Chirurgie, Orthopädie, plastische Chirurgie, Urologie und Kardiologie, die auf eigene Kosten anreisen und alle Kinder unentgeltlich behandeln.

WWW.HEALINGCHILDREN.ORG



Drangvolle Enge im OP – bei vier gleichzeitig operierenden Teams und schlechter Klimaanlage stiegen die Temperaturen



Ein angstvoller Blick auf dem Weg in den Operationssaal



Aufwachen
in den
Armen des
Vaters

rück. Der andere fragte: Warum tust du das? Es wird den Seestern nicht viel helfen. Einige Schritte weiter

fand er wieder einen Seestern und wirft ihn zurück ins Meer. „Siehst Du, ich kann den Seestern nicht helfen, aber ich habe zweien von Ihnen das Leben gerettet“.

Im nächsten Jahr werde ich wieder dabei sein, mit „Healing The Children“ irgendwo in Mittel-oder Südamerika. Ich freue mich darauf, diese großartigen Ärzte, Schwestern und Pfleger wieder zu sehen. Und ich will mehr für die „Seesterne“ tun. Schon vor acht Jahren habe ich ein Stipendi-

um für US-amerikanische Assistenzärzte eingerichtet und bisher sieben Gastärzte in meiner Praxis gehabt. Am Anfang gewiss nicht ohne Eigennutz. Ab dem nächsten Jahr werden es Assistenzärzte aus El Salvador sein. Denen kann ich auch das weitergeben, was ich vor Jahren von meinen persönlichen Entwicklungshelfern gelernt habe.

KONTAKT: Dr. Enno Keller, Neue Str. 13,
22926 Ahrensburg, Tel.: 0 41 02/13 33
Fax: 0 41 02/3 21 13

VARIZENCHIRURGIEFUSSCHIRURGIE

CHIVA: Varizen behandeln und Venen erhalten



Hinter der CHIVA-Methode steht die Philosophie, dass bei Varikosis Stammvenen möglichst erhalten bleiben sollen, damit sie weiter dem Abfluss des venösen Blutes dienen können. Eine Einführung von der CHIVA-Expertin Dr. Erika Mendoza.

Einleitung

In den vergangenen Jahren hat sich CHIVA als neue Methode in der Varizenchirurgie in Deutschland weit verbreitet. Inzwischen hat der BNC sie in seinen IGeL-Katalog aufgenommen, auch in den Aufklärungsbögen des Diomed-Verlags zur Operation der Varikose kann man die CHIVA als eine mögliche Behandlungsform ankreuzen.

Die Methode kommt aus Frankreich, wo sie 1988 von Franceschi vorgestellt wurde. Der Name CHIVA ist ein Akronym aus Cure conservatrice et Hemodynamique de l'Insuffisance Veineuse en Ambulatoire. Erst 1997 wurde die CHIVA endgültig in Deutschland eingeführt. Es hatte davor einige Versuche gegeben, die Methode hierzulande anzuwenden, jedoch war die Art und Weise der ursprünglichen Darstellung sehr schwer nachzuvollziehen – eine Möglichkeit, durch Fortbildung die Methode zu erlernen gab es lange Zeit nicht, so dass sie zunächst wieder verlassen wurde. Was also ist CHIVA? Eine chirurgische Behandlung der Varizen mit dem Ziel, die Stammvenen möglichst unberührt zu erhalten,

damit sie dem Abfluss des venösen Blutes aus dem Bein weiter dienen können.

CHIVA-Anwender müssen alte Lehrsätze über Bord werfen

Noch immer tun sich viele Fachärzte schwer damit, CHIVA zu verstehen und zu akzeptieren: Erstens muss der Phlebologe oder der Phlebochirurg bereit sein, alte Dogmen aufzugeben. Etwa den Lehrsatz: „Krampfader sind funktionslose, starre Rohre, die keinen Wandtonus haben.“ Oder: „Zur Sanierung der Varizen ist es erforderlich, sämtliche krankhafte Venen des oberflächlichen Venensystems aus dem Bein zu entfernen!“

Zweitens muss er die Duplex-Sonographie beherrschen. Da es diese Technik erst seit zirka 15 Jahren weit verbreitet gibt, kann man nicht voraussetzen, dass jeder sie beherrscht, schon gar nicht die „Entscheidungs-träger“ (zum Beispiel Professoren, Abteilungsleiter oder Vorsitzende von Gesellschaften). Drittens ist die CHIVA eine ambulante Methode – vielerorts wird das Stripping jedoch stationär durchgeführt und erst heute wird es langsam für Krankenhaus-

Abteilungen möglich, auch ambulant zu behandeln. Viertens kostet CHIVA mehr Zeit als Stripping – bei nicht geklärteter Bezahlung.

Physiologie der Beinvenen – Rezirkulationskreisläufe

Die CHIVA-Methode basiert auf einer systematischen Analyse der Flussverhältnisse in den Venen der Beine, und zwar unter einem primär nicht anatomischen, sondern funktionellen Aspekt. Hierzu wurden von Fran-

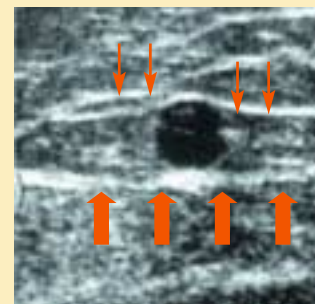


Abb. 1: Querschnitt durch den Oberschenkel mit Vena saphena magna, die auf der Muskelfaszie aufliegt (dicke Pfeile) und von der Faszia saphena bedeckt ist (dünne Pfeile). Im oberen Teil des Bildes liegt das subkutane Fettgewebe, in dem die Seitenäste der oberflächlichen Venen verlaufen.