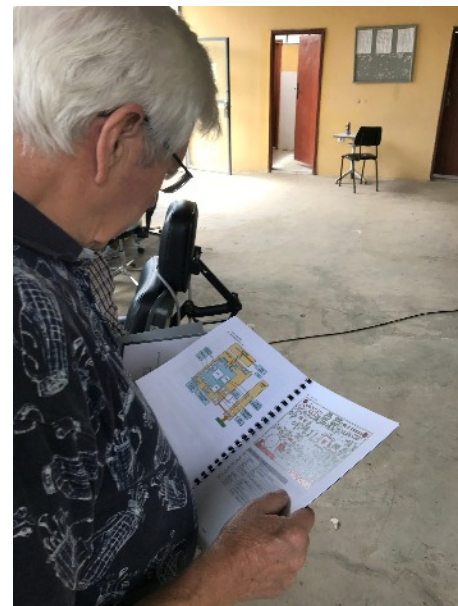


Kjære venner !

Olaf og jeg har nå vært over en uke i Addis, og det er en liten uke igjen før vi reiser tilbake til Norge. Onsdag 28. februar landet vi i Addis og torsdagen var Olaf i gang med vedlikeholdsarbeid på Menelik II og jeg i gang med operasjoner.

Olaf... reparerer

I Addis har Olaf konsentrert seg om å arbeide på Menelik II, der har han blitt godt kjent med gutta og den ene elektriker-jenta, på vedlikeholdsavdelingen. Han har blitt godt tatt i mot og får gjort en solid innsats. Det har vært en fantastisk uke, sier Olaf. Vi har fikset operasjonslamper, tannlege utstyr, anestesi utstyr og mye, mye mer. En svært givende og interessant uke. Etter flere år i Etiopia ser nå Olaf at forståelse for viktighet av systematisk vedlikehold begynner å bre seg utover. Det lages skjema for hver enkelt maskin med hva som trengs til vedlikehold.



Olaf leser manualer, manualer har en tendens til å være innelåst - langt vekk fra de egentlig som trenger dem



Etter kuvøse - reparasjonen i Jinka, har han fått enda mer kuvøse - erfaring på Menelik.

De har nå installert 9 kuvøser på nyfødtavdelingen.

Her en dag kom han sent hjem, da ble det både overtid og utrykning. Det var oksygenlekkasje på operasjonsstuen, Olaf rykket ut og fikset den! Det er ikke rart at kollegene hans ønsker at han blir igjen her, i hvert fall at han kommer snart tilbake!



Olaf med dr Daniel, kaffepause på kafeén rett overfor sykehuset



Operasjonsavdelingen på Menelik II, her har vi gjort en relativt vanskelig endetarms operasjon...

Menelik II

Selv er jeg innom flere sykehus. Først og fremst er det Menelik II sykehuset som jeg arbeider ved. Menelik II sykehuset er et mindre sykehus som nå er tilknyttet Black Lion Universitetssykehus. Det betyr at kirurger ved Black Lion roterer til Menelik II sykehuset med jevne mellomrom. Dr Daniel er ansatt ved Black Lion, men liker seg så godt på Menelik II at han er fast der.



Utsikten fra operasjonsavdelingen på Menelik II

Menelik II sykehuset er opprettet av keiser Menelik II i 1902, det er det første sykehuset som ble bygget i Addis Abeba, fremdeles står de gamle bygningene der og er i bruk!

Det er imidlertid kommet en ny høyblokk for få år siden og her finner vi kirurgiske sengeavdelinger og operasjonsstuer. Intensivavdelingen ligger imidlertid i et eget bygg fra sykehusets første tid....

Keiser Menelik II (1844 - 1913) hadde sitt palass på Entoto fjellet, og vi var innom der som turister i helgen.



Menelik II palasset på Entoto fjellet



Keiser Menelik II

Keiser Menelik II er regnet som det moderne Etiopias far. Han stod også i mot det italienske forsøket på okkupasjon fra Eritrea i 1896, da etioperne slo Italia i slaget ved Adwa 1. mars 1896. En dag som feires fremdeles i dag med utkledning og opptog.

Black Lion og LigaSure

Så er jeg selvfølgelig også innom Black Lion. Denne gangen har Stiftelsen Tesfa sendt blant annet LigaSure, et avansert energi-instrument som vi skal bruke til kikkeshullskirurgi for tykktarm, til Black Lion. Vi har sendt ned en generator og flere instrumenter. Disse instrumentene er engangs i Norge, men i fattigere land kan de resteriliseres og brukes flere ganger. Dr Daniel har deler av sin kirurgiske trening fra India, og der brukes et LigaSure instrument 10 ganger. Forsendelsen har vært støttet fra Lions Club i Tønsberg - Tusen takk! I tillegg fikk vi noen LigaSure instrumenter fra overskudd i Moss, det betyr så mye, igjen - mange takk!

Det har vært en lang og dryg prosess med å få instrumentene gjennom tollen, men endelig har vi lyktes. Jeg vet ikke om vi klarer å få brukt dem denne gangen, men da står det i hvert fall klart til jeg kommer neste gang! Det er mitt håp at vi i løpet av 2018 skal komme i gang med kikkeshullskirurgi for tykktarmskreft i Etiopia.



LigaSure, avansert instrument til bruk ved kikkeshullskirurgi på blant annet tykktarm

Addis Hiwot og en kirurgs arbeidsdag

Jeg besøker også Addis Hiwot Hospital, som er et lite privat sykehus der dr Daniel arbeider. Lønnen for etiopiske kirurger ansatt i det offentlige helsevesenet er relativt lav, derfor arbeider de fleste privat i tillegg. Mange spesialister forsvinner fra de offentlige sykehusene på ettermiddagene for å arbeide på sine private sykehus eller klinikker. Det er en stor ulempe for det offentlige helsevesenet. Dr Daniel er ikke slik, jeg har sjelden møtt en slik ansvarsfølelse og dedikasjon overfor pasienter som hos dr Daniel. Arbeider han på det private sykehuset gjør han det før arbeidstiden på Menelik II, eller etterpå. Det er ikke uvanlig at han begynner kl 06.00 på Addis Hiwot Hospital, gjør en operasjon og møter på morgenmøtet kl 08.00 på Menelik, arbeider der hele dagen, ser på pasienter på Addis Hiwot Hospital på kvelden og er hjemme ca 20. Han opererer også på Addis Hiwot Hospital i helgene. På Addis Hiwot Hospital gjør han en god del kreftkirurgi, derfor er det viktig for meg å være med ham der slik at jeg kan lære bort noe av det som jeg kan om tykktarm- og endetarmskreft, samtidig lærer jeg masse ved å være med, her i Etiopia er det ikke funksjonsfordelinger på samme måte som vi har i det norske helsevesenet og jeg har derfor vært med på å operere både kreft i spiserøret og kreft i magesekken på Addis Hiwot Hospital.



Utenfor St. Paul sykehuset

St. Paul sykehuset

Jeg har denne gangen også besøkt St. Paul sykehuset. Det er det andre store universitets-sykehuset i Addis ved siden av Black Lion, det er i sterk vekst og vil kanskje snart være større en Black Lion.

Der har jeg snakket med avdelingssjefen på kirurgisk avdeling og de er svært interessert i et samarbeid. Mitt ønske er at vi kan sende LigaSure generator og instrumenter til St. Paul sykehuset også, og at vi også der kan komme i gang med kikkeshullskirurgi for tykktarmskreft i løpet av 2018.

Stomipasient foreningen

På mandagen var jeg også i møte med Stomipasient foreningen. Stomisykepleier Camilla Løvall og gode medhjelpere samler inn og sender ned esker med stomiposer til foreningen. De får av og til noen poser fra USA, men Camilla står for den eneste regelmessige forsendelsen til Stomipasient foreningen. De er svært takknemlige og jeg måtte love å overbringe en varm takk til Camilla og alle hennes gode medhjelpere. Stiftelsen Tesfa har som mål å sende stomiposer for 6 - 10 000 kroner i måneden. Her er også Lions Club i Tønsberg en verdifull medspiller som støtter forsendelsene våre.

Stomipasient foreningen har nå ca 100 medlemmer som betaler en liten årlig sum for å være med, det er dessverre kun pasienter med permanent stomi som kan være med. De som har midlertidig stomi må klare seg med egenlagede poser eller poser kjøpt på markedet. Man får tak i indiske poser, men kvaliteten er så som så.



Stomipasient foreningen

Stomipasient foreningens medlemmer kan møte en gang i måneden og få utlevert stomiposer. Dr Daniel og sykepleier Helen Gashaw er faglige støttespillere for foreningen. De ønsker nå å få til en ordning der pasienter hvor man har planlagt operasjon som fører til utlagt tarm kan få snakke med pasienter som allerede har utlagt tarm. Det vil være svært verdifullt. Vi ser ikke sjelden at pasienter med endetarmskreft som må opereres med utlagt tarm for å kunne bli frisk fra kreften, velger å ikke bli operert - nettopp fordi de frykter å få utlagt tarm. Det er tragisk, pasienter dør fordi de ikke vil leve med utlagt tarm.

Noe som Stomipasient foreningen og dr Daniel har etterspurt flere ganger er å få besøk av norsk stomisykepleier som kan bidra med opplæring, til pasienter, leger og sykepleiere. Her er behovet stort, og vi er hjertelig velkomne!

Og, Bjarte opererer....

Så hva har jeg gjort denne uken? Etter at jeg kom fra Jinka har jeg operert 10 pasienter sammen med dr Daniel og assistert ved 2 operasjoner. De to operasjonen jeg assisterte ved, var magesekk-kreft og spiserørs-kreft. Det er operasjoner jeg har liten erfaring med i Norge, men her er slike tilfeller ganske hyppige.

Vi har operert to pasienter med tykktarmskreft, tre pasienter med endetarmsfistler, en pasient med infisert nett etter en brokk operasjon, en kikkeshullsoperasjon med fjerning av galleblære, en eviscerasjon av stomi (det må jeg forklare litt nærmere...) og to relativt vanskelige tilfeller med komplikasjoner etter endetarmskreft operasjoner.



Jeg lærer dr Daniel å gjøre mukosal advancement flap for endetarmsfistel



Kreft kirurgi på Addis Hiwot

Begge kreftoperasjonene var triste tilfeller, hos den ene pasienten var det allerede spredning til leveren og vi kunne ikke gjøre annet enn å fjerne hovedsvulsten i tykktarmen og lage en utlagt tarm. Så må pasienten i kø for å få cellegift. Her kan pasienter vente opp til ett år før de får cellegift etter operasjoner, hvor heldige er vi ikke som bor i et land der helsevesenet tross alt fungerer, det er noe å være takknemlige for.

Den andre pasienten var operert for 2,5 år siden med fjerning av en del av tykktarmen, man hadde da fjernet en svulst i tverrcolon. Det er ofte et vanskelig sted å operere radikalt, og hos denne unge pasienten i 30-årene kom det dessverre tilbakefall. CT-bilder viste en ny svulst i tverrcolon.

Vi åpnet pasienten, med et lite håp om å kunne fjerne hele svulsten, men vi fant to svulster, en stor som hadde vokst inn i magesekk og tynntarmsopphenget. Denne kunne vi ikke fjerne - fordi da vil blodforsyningen til tynntarmen bli ødelagt. En mindre svulst i tykktarmen ble fjernet og pasienten fikk en tarmbypass - det betyr at vi lot en del av tarmen med svulst bli igjen, men frisk tarm før svulsten ble skjøtet på frisk tarm etter svulsten. Så må også denne pasienten vente på cellegift.

Kikkeshullsoperasjonen med fjerning av galleblære gjorde dr Daniel og jeg på Addis Hiwot - det er faktisk første gang jeg gjør kikkeshullsoperasjon i Addis, jeg har gjort noen i Soddo før. Hjemme er vi litt "bortskjemt" med HD skjermer, og til og med 3D skjermer, det er god oppløsning på kameraene og bildene er sylskarpe - som dere skjønner, var det ikke akkurat slik her....

Jeg har sett noen bilder fra de første kikkeshullsoperasjonene med fjerning av galleblære som ble gjort i Norge, da var ikke





akkurat bildekvaliteten så mye å skryte av den gangen. Det var nok litt bedre her på Addis Hiwot, men langt igjen til det vi er vant til i Norge. Og, portene vi brukte var flergangs av metall ...

Vi gjorde litt hver av operasjonen. Dr Daniel har gjort en del av kikkeshullsoperasjon med fjerning av galleblære før, men det har blitt en stund siden sist.

Selvfølgelig ble det litt vanskelig, og vi fikk en liten blødning og gallelekkasje - men det ordnet seg fint til slutt.

Eviscerasjon ...

Eviscerasjon betyr å legge indre organer på utsiden. Daniel viste meg en eldre mann i 70 - årene som ble operert for to måneder siden på grunn av hull på tynntarmen. Hullet ble fjernet og sydd sammen igjen, imidlertid begynte tarmskjøten å lekke og de ble nødt til å lage en tynntarms-stomi. Hullet var dessverre et stykke opp på tynntarmen og da får man en såkalt high-output stomi som kan produsere litervis av tynn avføring i døgnet. Denne eldre mannen klarte ikke erstatte væsketapet og ble tynnere og tynnere.

Vår løsning ble da å ta pasienten inn på operasjonsstuen og lage en tarmskjøt på utsiden av buken der den utlagte tarmen lå. Tarmskjøten blir så dekket av saltvannskompresser som byttes tre ganger daglig. På denne måten kan man daglig inspisere tarmskjøten og eventuelt sette en liten ekstra sutur dersom det trengs, og hvis i verste fall det skulle bli ny lekkasje, blir lekkasjen på utsiden av buken og ikke på innsiden - lekkasje på innsiden hos svekkede pasienter kan bety døden. Når tarmskjøten er grodd blir den lagt på plass inne i buken.

Jeg har også operert en tilbakelegging av tykktarmsstomi, det er jo ikke bare enkelt hjemme heller - men her er det ekstra vanskelig fordi man mangler utstyret vi bruker hjemme. Hjemme har vi tilgang til en rekke ulike stiftmaskiner og kvalitetsinstrumenter. Her har vi bare en type stiftmaskinen tilgjengelig - en tarmskjøt-stiftmaskin til bruk gjennom endetarmen som er donert av firmaet Medtronic og som jeg har brakt ned til Menelik, andre stiftmaskiner er ikke tilgjengelig. Sakser er sløve og klipper ikke, nåleholdere glipper og pinsetter mister taket. Så avansert kirurgi byr på endel spennende utfordringer!

Denne pasienten hadde blitt operert for 2 år siden på grunn av endetarmskreft, det ble lekkasje i tarmskjøten og pasienten fikk utlagt tarm. Nå var tiden kommet for å legge tilbake den utlagte tarmen. Det var sammenvoksninger i massevis, og mye av tiden gikk med til å løsne disse for å komme til i bekkenet, men vi klarte det og fikk til slutt laget en ny tarmskjøt med stiftmaskin EEA28 nedenfra.



Stiftmaskin fra Medtronic

Så var det neste pasient som også var operert for endetarmskreft, og hadde en veldig lav endetarmsskjøt med beskyttende tynntarms-stomi. Når tiden var inne for å legge tilbake tynntarms-stomien viste det seg at endetarmsskjøten var for trang! Kirurgene her hadde forsøkt for 6 uker siden å lage ny skjøt, men mislyktes - nå håpet vi at det skulle lykkes med nytt forsøk når jeg var her og vi kunne bruke stiftmaskin fra Medtronic.

Igen var det masse sammenvoksninger og mye tid som går med til å komme til i bekkenet. Vi fikk etterhvert løst ut den gamle tarmskjøten, men klarte ikke å dele den på en trygg måte nedenfor skjøten.

Vi mangler en spesial stiftmaskin til å dele endetarmen med! Det er noe av det som gjør det ekstra utfordrende å drive avansert endetarmskirurgi her nede, vi skulle så gjerne hatt slike stiftmaskiner også!

Endetarmstumpen står nå åpen nede i bekkenet og vi får ikke lukket den, da kan vi heller ikke bruke stiftmaskin nedenfra for å lage tarmskjøt, det er for dypt til å sy...



På ønskelisten

Da fjerner vi slimhinnen i endetarmsstumpen, drar tykktarmen ut og syr den fast til ytterste delen av endetarmen. Colo-anal pull through anastomosis, en gammel teknikk som jeg tror sjelden er brukt hjemme.

På sykehuset får jeg høre om mange skjebner, som igjen gjør meg takknemlig for vårt norske helsevesen. Nylig ble en ung gutt skutt utenfor Addis, han ble operert på lokalsykehuset der man fjernet en nyre og reparerte tarmskader. Han ble sendt til Addis, til et annet sykehus og på nytt operert der man fjernet galleblæren. Etter operasjonen våknet han aldri. På det andre sykehuset var det fullt på intensivavdelingen og han ble derfor sendt til Menelik. Gutten utviklet etterhvert nyresvikt, på Menelik har de ikke mulighet til å gjøre nyresvikt behandling med dialyse, og man forsøkte derfor å overføre ham til nok et sykehus. Flere ble forsøkt, men ingen kunne ta i mot. Gutten døde.

Jeg ser mye lidelse her i Etiopia, samtidig så er det så mye gledelig. Leger og sykepleiere som står på, vanskelige operasjoner som gjennomføres med diverse av utstyr. Ett genuint ønske fra helsepersonell om å hjelpe pasientene - nylig hørte jeg om medisinerstudenter som organiserte matutdeling til fattige pasienter, og betalte fra egen lomme! Det er et ønske hos de legene jeg jobber tett med å gi best mulig behandling, og her vil vi bidra med kompetanse overføring når det gjelder kreftoperasjoner, slik at vi forhåpentligvis vil se færre pasienter som får kreften tilbake.

Takk for din støtte!

Med vennlig hilsen

Bjarte T Andersen

