

Dr. med. Alexander Calderoni
Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologie,
Notfallmedizin

Everstalstr. 40c
44894 Bochum
alex.calderoni@gmx.de
Tel.: 0234/53051194

Bericht Aufenthalt Mekelle 30.06. – 09.07.2017

Im Folgenden berichte ich über meinen diesjährigen Aufenthalt in Mekele.

Einleitend sei berichtet, dass Dr. Hagos in seiner Funktion als einer der drei Direktoren des Ayderhospitals (zuständig für Investitionen) Endoskope und technisches Equipment in einem Wert von über 1 Millionen US-Dollar bestellt hat. Diese Bestellung beinhaltet jeweils 6 Gastroskope und Koloskope, von denen 2 der Skope pädiatrische Geräte sind, 2 Endosonographiegeräte (radial und linear) inkl. Prozessor und 2 Duodenoskope, alle von der Firma Fujinon. Desweiteren umfasst die Bestellung ein Erbe-Gerät für Polypektomie, Papillotomie und APC-Therapie. Durch die Neuanschaffung sind die entsprechenden Wartungsverträge mit Bereitstellung von Leihgeräten inklusive.

Strukturelle Situation :

Durch den Umzug in die ehemalige "Blutbank" steht ausreichend Platz für die Aufbereitung, Anamnesegespräch, endoskopische und sonographische Untersuchungen und ein Umkleideraum für das Personal zur Verfügung.

Trotz der räumlichen Vielfalt wirkte der Alltag durch die Menge an Patienten, die teils zu Anamneseerhebung, zu Abschlussgesprächen oder zur Funktionsdiagnostik kamen, und die Menge an "Residents" etwas chaotisch. Dies soll aber nicht als Kritik verstanden werden, da die Wahrnehmung dahingehend sehr unterschiedlich zu sein scheint und der Ablauf trotz meines Eindrucks sehr effektiv und zielführend vonstatten ging.

Endoskopische Untersuchungen:

Pro Tag werden zwischen 5-10 Untersuchungen in einem Verhältnis von 2/3 zu 1/3 (ÖGD / Kolo) durchgeführt. Die endoskopischen Untersuchungen werden in der Regel durch die Gastroenterologen Dr. Hagos und Dr. Yazezew (zur Zeit in Israel) sowie durch Residents unter der Aufsicht der beiden auf einem guten bis sehr guten Niveau durchgeführt, was die diagnostischen Endoskopien angeht. Dies ist besonders erwähnenswert, da die technischen Voraussetzungen deutlich hinter deutschem Standard zurückbleiben (Licht- und Bildqualität, Freiheitsgrade der Steuerungsräder, nachwievor teilweise nicht funktionierende Luftinsufflation etc.). Aufgrund der geringen Detektionsrate von Polypen (Problem der Vorbereitung?) und der dementsprechend geringen Fallzahlen besteht noch weiterer Übungsbedarf bezüglich der Polypektomie. Nachwievor vordringlich ist meiner Meinung nach der Aufbau einer Logistik für die Nachbestellung von verbrauchten Einmalmaterialien (siehe Herzkatheterlabor).

Unterstützt wurde Dr. Hagos während meines Aufenthaltes durch Dr. Johannes aus dem "Black Lion Hospital" in Addis.

Die Aufbereitung erfolgte nachwievor manuell.

Beeindruckend war die enge Betreuung der Studenten und Residents durch Dr. Johannes und Dr. Hagos. Die beiden Gastroenterologen (und ich) rotierten als "Ausbilder" am Sono-Gerät und "am Endoskop". Trotz für den Außenstehenden chaotisch wirkender Verhältnisse schien das gesamte Treiben einer sich mir nicht erschließenden Logik und Ordnung zu folgen. Spezielle Fälle wurden gemeinsam besprochen.

Zusammenfassung :

Da ich in der glücklichen Situation bin, die Entwicklung der endoskopischen Abteilung von Anfang an mitverfolgen und begleiten zu dürfen, habe ich einen guten Überblick über die Fortschritte innerhalb der letzten 5 Jahre gewonnen.

Allgemein formuliert hat sich die Endoskopie von einer rudimentären Basisdiagnostik-Einheit ohne jegliche Möglichkeit einer Intervention zu einer mittlerweile florierenden, funktionierenden Abteilung entwickelt, die zielführend und leistungsstark arbeitet. Im Rahmen ihrer Möglichkeiten wird diagnostisch und interventionell das Optimum herausgeholt. Die Endoskopieeinheit ist zu einem wesentlichen und nicht mehr wegzudenkenden Bestandteil des klinischen Alltags und der diagnostischen und therapeutischen Optionen geworden. Westliche Standards dürfen hier sicherlich wegen der unterschiedlichen Voraussetzungen nicht als Maßstab angesetzt werden.

Die technischen Probleme werden hoffentlich durch die Neuanschaffung der endoskopischen Geräte behoben werden. Die Wartungsverträge werden durch die Vergabe von Leihgeräten für Kontinuität in der endoskopischen Diagnostik sorgen.

Zu klären bleibt die Frage einer "artgerechten" Aufbereitung der Geräte, da ansonsten Wartungsverträge nicht greifen dürften. Bei einer Investition dieser Größenordnung wäre eine ergänzende Anschaffung von Waschmaschinen wünschenswert. Die weitgehend konstanten Untersuchungszahlen und die Qualität der endoskopischen Untersuchungen sind dem unermüdlichen Engagement der beiden Gastroenterologen zu verdanken.

In der kurzen Zeit meines Aufenthaltes konnte ich keinen ausreichenden Eindruck über die interventionellen Fähigkeiten der Kollegen mangels entsprechender Fälle gewinnen. Die steile Lernkurve lässt allerdings auf ein ausreichendes Niveau schließen. Wie bereits früher schon öfters erwähnt, liegt die positive Entwicklung vor allem in der personellen Konstanz der Endoskopie in Person von Dr. Hagos und Dr. Yazezew und einer starken gegenseitigen persönlichen Wertschätzung begründet. Entsprechend wäre eine Erweiterung des diagnostischen und therapeutischen Spektrums um die ERCP auch bei dringendem klinischen Bedarf sinnvoll und kurzfristig angebar. Natürlich wäre eine dauerhafte oder zumindest längerfristige Begleitung des Lernprozesses durch einen erfahrenen interventionell tätigen Gastroenterologen wünschenswert.

Persönlich begrüße ich sehr die Anschaffung einer Endosonographieeinheit, da diese Methode insbesondere bei Ausbau der Pankreaschirurgie im Ayder unabdingbar in der präoperativen Diagnostik und dem Management von Komplikationen ist.

Eine moderne, stadiengerechte onkologische Therapie ist ohne valides Staging nicht möglich. Auch hier hat insbesondere bei Tumoren des oberen Gastrointestinaltraktes, aber auch des Rektums die Endosonographie einen festen Stellenwert.

Zudem stellt sie bezüglich des Ausschlusses einer Choledocholithiasis oder der Drainage von Pseudozysten/ Ausräumen von Pankreasnekrosen eine schnellverfügbare und kostengünstige Option dar.

Außerdem, und das werden meine chirurgischen Kollegen nicht gerne hören, ist eine palliative Gastroenterostomie endosonographisch gesteuert innerhalb von wenigen Minuten möglich.

Ich halte daher aufgrund der vorangegangenen Ausführungen diese Anschaffung für durchaus sinnvoll und einer Universitätsklinik würdig. Die Kollegen verfügen über die notwendigen technischen Fertigkeiten, benötigen allerdings ein längerfristiges zunächst diagnostisches und später therapeutisches Training. Meines Erachtens sollte dies eher im Rahmen einer Hospitation in einer externen Klinik mit entsprechenden Untersuchungszahlen und -spektrum erfolgen. Alternativ wäre eine längerfristige Begleitung durch einen entsprechend versierten Gastroenterologen sinnvoll.

Alex Calderoni