

## MONI KUNO KU MALAWI - KINDERCHIRURGIE

H. Hofland\*

**Beste collega's, in de voorgaande brieven is het al een paar keer aan de orde gekomen; op het brandwondencentrum in het Queen Elizabeth Central Hospital in Blantyre, Malawi worden niet alleen patiënten met brandwonden verzorgd. Kinderen met andere soorten wonden worden ook doorverwezen en aan de zorgen van de gespecialiseerde brandwondenverpleegkundigen toevertrouwd. De vorige keer heb ik geschreven over de kinderen met de hyenabeten op het hoofd. Het was erg schrikken om geconfronteerd te worden met dit soort wonden. Het was de hoogste tijd om polshoogte te gaan nemen op de kinderchirurgische afdeling.**

### KINDERCHIRURGIE

De kinderafdeling is een van de grootste afdelingen van het ziekenhuis. Dit is niet zo verwonderlijk, want van de ongeveer 12 miljoen inwoners van Malawi is de helft jonger dan 15 jaar! Er is een afdeling voor te vroeg geboren kinderen, kinderen die intensievere zorg nodig hebben liggen op de "special care". Er is een speciale afdeling voor de orthopedische ziektebeelden en een zaal voor kinderen met oncologische aandoeningen. Ook is er een speciale afdeling alleen voor de kinderen die geopereerd moeten worden, de afdeling kinderchirurgie. Hier lopen de kinderchirurg en de plastisch chirurg, als deze in het land is, de ronde. Er liggen ongeveer 30 kinderen en de afdeling is altijd vol. Kinderen worden altijd opgenomen met moeder, tante, oma of vader. De verpleegkundige houdt zich alleen bezig met het instrueren van deze guardians, en het geven van medicijnen. Alleen daaraan heeft zij haar handen al vol. De wondverzorging wordt gedaan door een "patient attendant", dwz. iemand die naast het schoonhouden van de zaal en het wegbrengen van materialen voor het laboratorium, ook de wonden schoonmaakt en opnieuw verbindt, kortom een manusje van alles en onmisbaar voor de verpleegkundige. De verpleegkundigen moeten ook regelen dat de kinderen op tijd door de ouders naar de operatiekamer worden gebracht en dat ze van te voren worden gewassen. Na de operatie, en daar is altijd weinig tijd voor, moet de verpleegkundige het kind natuurlijk ook in de gaten hou-

den. Het spreekt voor zich dat dat bijna ondoenlijk is. Vandaar dat ernstig zieke geopereerde kinderen terecht kunnen op de "special care" afdeling. Helaas is er nog geen echte verkoeverkamer, maar daar wordt hard aan gewerkt, want dat is toch echt wel een prioriteit in dit ziekenhuis. De hele kleine kinderen van één maand oud en jonger en prematuren worden na een operatie eerst een aantal uur op de Intensive Care afdeling bewaakt aan monitoren voordat zij terug gaan naar de afdeling.

### ONBEGREPEN ZIEKTEBEELDEN

Regelmatig worden er kinderen met aangeboren afwijkingen zoals hazelippen en de ziekte van Hirschsprung gezien, maar daar zal ik de volgende keer over schrijven. Ook liggen er regelmatig kinderen met onbegrepen ziektebeelden waarvan de oorzaak niet helemaal duidelijk is. Behandeling bestaat dan alleen uit palliatieve zorg om het kind weer zo snel mogelijk thuis te krijgen. Doordat het doen van uitgebreid onderzoek haast onmogelijk is en veel tijd kost en verder, wat nog belangrijker is, veel geld, wordt zo'n kind niet helemaal 'nageplozen' zoals dat in Nederland zou gebeuren.

Een aantal maal per jaar wordt het ziektebeeld "tropisch gangreen" gezien, zoals bij deze kleine baby van 3 maanden (zie foto 1). Hoe dit ziektebeeld wordt veroorzaakt weet men niet. Misschien treedt er eerst een infectie op, maar zeker is dit niet. Het kind wordt naar het ziekenhuis gebracht met vaak al zwarte

vingers en tenen. Het kan zijn dat alleen de handjes zijn toegedaan, of alleen de voetjes maar het kan ook allebei. Bij dit kindje waren het alleen de voeten. Op de foto is te zien dat een voetje niet meer gered kon worden en is geamputeerd. Aan de andere voet zijn een paar zwarte tenen te zien, maar de voet lijkt verder niet aangedaan. De ouders vertellen dat er vaak een soort insnoering optreedt en daarna worden de tenen of vingers zwart. Hogere amputatie is bij tropisch gangreen dan ook niet noodzakelijk. Maar zo'n klein kind moet soms tenen, vingers, een hele voet of zelfs een hele hand missen. Dit ziektebeeld wordt alleen bij kinderen tot één jaar gezien. Het enige wat er gedaan kan worden is te zorgen dat de afgestorven delen worden geamputeerd, de wonden zo snel mogelijk helen en daarna als het kind ouder is, een doorverwijzing te geven naar de revalidatie afdeling waar er hulpmiddelen vervaardigd worden. Bij deze kinderen wordt er een speciaal soort olifantschoen aangepast. De stomp wordt vastgezet in de schoen. Met hun stomp kunnen ze dan met deze schoen leren lopen. Omdat de kinderen zo klein zijn en niet beter weten kunnen ze daar heel goed mee over weg. Bij oudere kinderen en bij volwassenen is dit hulpmiddel veel lastiger; zij hebben vaak meer baat bij een hogere amputatie zodat zij gebruik kunnen maken van een prothese en het knie gewricht. Het vervaardigen van hulpmateriaal kost altijd veel geld. Gelukkig wordt ook Malawi geholpen door het "Liliane Fonds". Deze stichting zet zich in





Foto 1. Tropisch gangreen bij een baby van 3 maanden

voor het gehandicapte kind. Meestal worden deze kinderen verder gezien door orthopedisch chirurgen en fysiotherapeuten die gezamenlijk met orthopedisch instrumenten makers de kinderen voorzien van hulpmiddelen.

Adam is 7 maanden oud en kreeg blaasjes op zijn huid die snel veranderden in kleine diepe laesies (foto2). Dit hadden de artsen nog niet eerder gezien. Zijn gehele thorax, maar ook in mindere mate de armen en benen zaten onder deze niet pijnlijke plekjes. Was dit een complicatie van de waterpokken, van geïnfecteerde scabies, of van syphilis? Kwam dit door onderliggend lijden van een positieve HIV status? We stonden voor een raadsel en we weten het nog steeds niet. Uit de wondkweek werd alleen *S. aureus* gekweekt. De laesies werden dagelijks gereinigd en verzorgd met EUSOL.

Hoe het verder is gegaan met Adam weten we niet. Moeder heeft hem opgepakt en mee naar huis genomen. Dat is moeders ook niet altijd kwalijk te nemen. De maïs moet geogst worden, het land moet bewerkt worden want anders is er geen eten of er zijn andere kinderen thuis die zonder verzorging zitten omdat de hulp van vader of tante of oma opeens wegvalt. Het gebeurt vaak dat een ouder zijn kind meeneemt, 's avonds laat of tijdens het bezoeken. We hebben natuurlijk liever dat ze aangeven dat er problemen zijn, zodat er een oplossing gevonden kan worden zoals poliklinische behandeling of behandeling bij een health centre in plaats dat ze zomaar verdwijnen, want hoe het dan afloopt is maar de vraag.



Foto 2. Diepe kleine laesies, oorzaak niet bekend bij de 7 maanden oude Adam.

#### VERKEERSONGEVALLEN

In de vorige brief gaf ik al aan dat er nergens ter wereld zoveel dodelijke ongevallen gebeuren als in Malawi. Altijd lopen er mensen langs de kant van de (smalle) weg en men rijdt in de auto's, vrachtwagens en minibusjes, die vaak in slechte conditie zijn, veel en veel te hard. Ik schreef toen over een meisje dat werd behandeld voor een frictiebrandwond aan het gelaat. Zij werd verzorgd in het brandwondencentrum. Op de foto is Leddwyn te zien (foto 3). Zij is door een minibusje een eind meege-sleept. Zij keek wel uit, maar de bestuurder van het busje niet. Naast de diepe wond aan het gelaat had zij ook nog een aantal andere frictiebrandwonden op het benen en thorax. Deze waren oppervlakkig en genazen binnen 2 weken. Maar dan haar gezicht. Er ligt een stuk bot bloot en dit botweefsel is dood. Wil een huidtransplantatie lukken of aanslaan dan moet het botweefsel wel gezond zijn. Een manier om dit te bewerkstelligen bij oppervlakkig dood botweefsel is voorzichtig gaatjes maken in het bot of het dode botweefsel afschrapen. Bij Leddwyn moest men wel heel voorzichtig zijn, want het bot was zo dun geworden dat er een risico bestond dat de hersenvliezen bloot kwamen te liggen. Na deze behandeling zagen wij al snel dat er weer granulatiweefsel aanwezig was, maar het is en blijft een zwakke plek. Er is een huid-



Foto 3. Leddwyn met de frictiebrandwond in het gelaat

transplantatie verricht op de wond rondom het botweefsel en de volgende stap is om een huidflap aan te brengen zodat het bot met wat extra weefsel verstevigd wordt. Gelukkig was de plastisch chirurg weer in Blantyre om deze operatie uit te voeren. Behalve het blijvende litteken en de zwakke plek houdt Leddwyn er verder geen complicaties aan over. Ze is niet in coma geraakt, kan haar ogen nog gebruiken en kan lopen. Hoe vaak loopt dit ook anders af! Gelukkig is het niet allemaal kommer en kwel op de kinderchirurgische afdeling. Veel kinderen komen voor een kleine ingreep en zijn binnen een paar dagen weer thuis. Maar ik blijf me verbazen over wat er allemaal toch kan binnen de beperkingen van dit ziekenhuis. Kinderen met hazenlippen die weer prachtig gereconstrueerd worden, zelfs kinderen met stoma's die ook door de ouders goed verzorgd worden en na verloop van tijd weer end to end gesloten worden. Dat hier niets kan, dat is niet waar, maar daarover de volgende keer meer.

*Salino Bwino, tot de volgende nieuwsbrief.*

**Helma Hofland is kinder-, IC- en brandwondverpleegkundige en cursusleidster van de WCS-cursus 'pijnstrijding bij wondbehandeling'. Zij woont sinds april 1999 in Malawi en schrijft regelmatig iets over haar belevenissen in het WCS Nieuws.**