

## Chirurg in Ghana

## Wie kan het nog als het nodig is?



Vroeger was niet alles beter. Ik hoef maar te denken aan de zeventiger jaren toen een tyfusperforatie volgens de toen heersende opvattingen in de tropische chirurgie conservatief moest worden behandeld. Ik had daar destijds grote moeite mee.

Elke andere acute buik ging open, maar bij een verdenking op een tyfusperforatie bleef de buik potdicht. Je zag jonge mensen bij bosjes creperen en je voelde je medeschuldig omdat je niet ingreep. Gelukkig denken we daar nu anders over.

In 2001 zagen we in Techiman 133 darmperforaties door tyfus. Die werden allemaal geopereerd en zo nodig gereopereerd, waarbij we 84 procent van de patiënten in leven konden houden.

Nee, vroeger was niet alles beter. Toch bestonden er in die jaren chirurgische routines en werden er ingrepen gedaan in Ghana, die ook nu nog soms kunnen bijdragen aan een beter behandelresultaat. Deze routines en behandelingen hebben echter volledig plaats gemaakt voor nieuwe technieken en opvattingen. De vraag is of het goed is dat ze geheel zijn verdwenen uit het obstetrisch armamentarium, want daarmee verdwijnt in rap tempo ook kennis van, handigheid in en ervaring met deze handelingen.

Ik vind dat spijtig, want soms doen zich situaties voor waarbij deze oude technieken een voordeel voor een patiënt hadden kunnen betekenen, misschien ook wel buiten Ghana. Ik geef drie voorbeelden uit de obstetrie, waarbij ik tegenwoordig alleen nog in extreme situaties betrokken ben.

**R**ond 1970 was de sectio caesarea in Ghana een van de meest voorkomende operaties in perifere ziekenhuizen. Narcose was er nauwelijks en als dat er al was, was het niet erg veilig met een jonge onervaren expatriate-verpleegster aan het gas.

We kozen destijds bij deze operatie voor opereren onder lokale anesthesie met infiltratie van het gebied tussen symfyse en navel met 40 cc Xylocaine 0,5%. De operateur diende dat zelf toe.

De operatie was pijnloos op het openen van het peritoneum na, waarbij patiënte haar zachte zingen even onderbrak voor een kreetje dat niet geheel paste in de gevolgde melodie. Tijdens de operatie werd het kind aan de moeder getoond.

Tegenwoordig wacht de operateur op de anesthesioloog, ook al heeft het kind het nog zo moeilijk. Het zou handig zijn als de ervaring met lokale anesthesie nu nog bestond, vooral als het wel heel lang duurt voordat de anesthesioloog is bereikt.

Ging er toen iemand op de fiets met de boodschap: 'direct komen' naar zijn huis, nu is er een intern telefoonnetwerk. Het grootste deel van het jaar werkt de telefoon echter niet wegens 'tropische' omstandigheden. Mobiel bellen is grenzeloos populair, maar omdat de infrastructuur niet tijdig wordt uitgebreid, is het netwerk snel overbelast. En die man op de fiets is inmiddels uit het straatbeeld verdwenen.

**D**iscrepancie tussen schedel en pelvis kan een reden zijn tot een sectio. Soms blijkt dit pas tijdens de partus, meestal nadat de vacuümcup al driemaal van het hoofd is geschoten. Als bovendien de harttonen slecht zijn, is haast geboden.

In 1970 deden we dan een symfyiotomie onder lokale anesthesie, een procedure van nog geen vijf minuten, waarbij de omtrek van het pelvis tot 2,5 cm toenam en in de regel het kind - door wat tractie aan de cup - snel volgde.

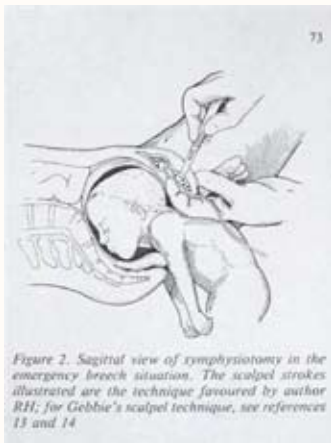
Omdat nu niemand het meer kan, wordt er altijd een sectio gedaan: daarbij is het wachten op de anesthesist, de telefoon werkt slecht en er is geen man meer met een fiets. Zo duurt het al gauw een half uur voordat het mes erin kan. En dat is in zo'n situatie niet best voor het kind.

Mijns inziens is dit - ook in westerse landen - nog steeds een klein indicatiegebied voor de vergeten, en door sommigen zelfs verguisde symfyiotomie. Ik ken geen andere veilige methode waarmee bij volledige ontsluiting (VO) een diep ingedaald kind in ernstige nood met afschietende cup sneller ter wereld kan worden geholpen.

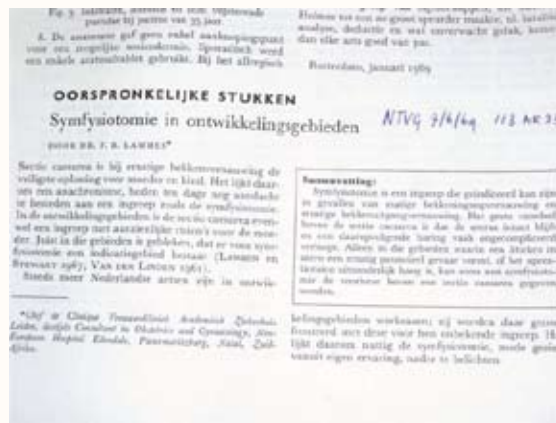
Waarom is deze ingreep dan in onbruik geraakt? Waggelgang later? In Ghana kan gelden dat na de symfyiotomie bij een volgende partus het bekken wijder is geworden en er minder problemen te verwachten zijn, ook als de vrouw niet het ziekenhuis zou bezoeken, omdat er toevallig even geld is.



BEELD: HARRY WEGDAM



Symfysiotomie op nakomend hoofd.



Publicatie over symfysiotomie in het NTvG uit 1967.



Opzij gehouden urethra bij symfysiotomie.

Voor westerse landen kan gelden dat een chirurg postpartum wordt gevraagd een plaatje op de symfyse te zetten, dan speelt waggelen geen rol meer en kan er vroeg worden gemobiliseerd.

Maar zoals we hier soms een kind verliezen doordat de betrokken arts geen symfysiotomie kan doen, moet dat in Nederland toch ook het geval zijn? In Ghana heb ik de vraag voorgelegd aan een forum van gynaecologen. Ze beaamen dat er nog steeds een smal indicatiegebied bestaat, maar dat niemand het meer kan en het daarom niet meer gebeurt. Daarentegen menen ze wel dat het kind bij hen in veilige handen is. Ik betwijfel dat als de geschetste situatie zich voor- doet.

‘Schoenmaker blijf bij je leest’, hoor ik u zeggen. U zou gelijk hebben, als een gynaecoloog in Nederland mij niet ooit had gevraagd een symfysiotomie te doen bij een 30-jarige allochtone vrouw.

Het baringsverhaal luidde als volgt: patiënte had een matige baringskanaalvernauwing en was in partu geraakt. Na het breken van de vliezen bij VO werden de cortonen plots slechter. Er bleek sprake van een uitgezakte navelstreng. Opdrukken had geen effect; tang lukte niet. Er werd vervolgens een versie en extractie verricht, waarbij het nakomende hoofd hokte. Toen ik het in de verloskamer aantrof, zat het hoofdje inderdaad muurvast en het lijfje hing er slap bij. Het kind overleefde dit alles niet. Onder lokale anesthesie werd een symfysiotomie verricht, het hoofdje kreeg de benodigde ruimte en het kind werd geboren. Vervolgens werd onder algemene anesthesie op de OK een fixatie van de symfyse gedaan.

Een symfysiotomie in een iets vroeger stadium van deze partus was mogelijk zinniger geweest om een snelle, wat elegantere en eenvoudigere kunstverlossing te bewerkstelligen, met kansen op een levend kind. Wie kan het nog als het nog eens nodig is?

De tijden zijn echter veranderd, ook voor vergeten ingrepen: trek er nu wel op zijn minst één niet-insnijdbare keflar-handschoen bij aan voor een goede nachtrust. ■

Harry Wegdam,  
chirurg in Techiman, Ghana



Ruimte die met symfysiotomie in het bekken wordt geschapen.

Bekken (staand) zes weken na symfysiotomie.

