

Operation: Rektumresektion, tief anterior mit TME

Operationsbericht:

Abwaschen und steriles Abdecken. Im Anschluss mediane Unterbauchlaparotomie mit Linksumschneidung des Nabels bis zum Oberbauch. Nach Eröffnen des Abdomens Einsetzen einer Ringfolie und Rochardhaken und Mercedesspreizer. Intraabdominell tastet sich kein Tumor. Der Tumor sitzt tief im kleinen Becken. Die Leber ist tumorfrei. Anschließend präaortale Dissektion nach Eröffnen des Retroperitoneums und zentrale Dissektion der V. mesenterica inferior und der A. mesenterica inferior. Im nächsten Schritt erfolgt die lyraförmige Umschneidung des Beckenbodenperitoneums mit dem elektrischen Messer. Jetzt erfolgen die Mobilisation des Descendens und Sigmas und die totale mesorektale Exzision mit Ablösen des Mesorektums von der präsakralen Faszie unter langstreckiger Freipräparation des rechten und linken N. hypogastricus. Linksseitig Darstellung des Ureters. Präsakral wird dann bis zur Puborectalischlinge präpariert ebenso ventral und zuletzt seitlich und dann der Muskelschlauch des Rektums mit dem kompletten Mesorektum auf Puborectalisshöhe mit dem Contourstapler abgesetzt. Am aufgeschnittenen Präparat erkennt man, dass der Tumor mit adäquatem Sicherheitsabstand im Gesunden entfernt wurde. Jetzt erfolgt das Ablösen des kompletten Omentum majus vom Querkolon und die Mobilisation der linken Flexur und des Mesocolon transversum vom Pankreasunterrand und von der Gerota'schen Faszie. Dies erfolgt mit dem elektrischen Skalpell mit sorgfältiger Blutstillung. Nun erfolgt die Präparation des Descendens, welches mit dem GIA abgesetzt war und dann das endständige Einknoten eines 31er Staplerkopfes mit einer Prolene-Tabaksbeutelnaht. 2 cm aboral erfolgt dann die Herstellung eines Pouches mit Längskolotomie über 12 cm und anschließender fortlaufender überwendlicher Naht von der Mitte zu beiden Seiten laufend um einen Poch herzustellen. Der Coloplasty Pouch wird hier gewählt aufgrund des sehr engen Beckens. Nach digitaler Dehnung des Sphinkters erfolgt dann transanal die Herstellung der Anastomose End-zu-End mit dem Stapler nachdem im Becken selber blutrockene Verhältnisse bestehen. Die Ringe sind vollständig, die intraoperative Rektoskopie ergibt eine gute Schleimhautdurchblutung. Keine Insuffizienzhinweise. Spülen des Situs. Es wird jetzt noch eine doppelläufige Ileostomie angelegt transrektal rechtsseitig und dann das Abdomen nach Zurücklegen der Darmschlingen und des Omentum majus sowie Fixationsnähte am Beckeneingang rechts zwischen transponiertem Descendens und Transversum und rechtem Peritoneum das Abdomen mit fortlaufender Schlingennaht verschlossen. Spülung. Subkutannaht, Klammern der Haut und Kompressionsverband.