

# Operation: Pankreatikoduodenektomie, pyloruserhaltend, partiell

## Diagnose:

Pankreaskopfkarzinom

## Therapie:

OP n. Traverso (PPPD)

## Operationsbericht:

Quere Oberbauchlaparotomie. Die Exploration nach Kocher'scher Mobilisation und Eingehen in die Bursa omentalis zeigt keinen Hinweis auf Peritonealkarzinose oder pathologische Lymphome. Die viszerale Arterien sind nicht infiltriert. Das Omentum majus wird vom Querkolon abgelöst und gut durchblutet am Magen erhalten. Postpylorische Skelettierung des Bulbus duodeni, Absetzen der A gastrica dextra und der Vasa gastroepiploica dextra, Durchtrennung des Bulbus duodeni 3cm postpylorisch mit dem ILA-52. Ausgiebige und komplette Lymphadenektomie im Lig. hepatoduodenale und Cholezystektomie mit Durchtrennung des Ductus hepaticus proximal der Zystikuseinmündung. Komplette Denudierung von Pfortader u. A. hepatica propria und communis mit Absetzen der A. gastroduodenalis. Komplettierung der Kocher'schen Mobilisation mit En-bloc-Resektion der an der Mesenterialwurzel gelegenen Lymphknoten, die am Präparat verbleiben. Darstellung der V. mesenterica superior und Abtrennung der einmündenden Pankreasvenen. Unterfahren des Korpusparenchyms und elektrische Durchtrennung (Schnellschnitt der Resektionsfläche: tumorfrei). Absetzen des Processus uncinatus entlang der A. mesenterica superior, wobei die periarteriellen Nervengeflechte weitgehend erhalten werden, aber die Lymphadenektomie komplett radikal auch am Abgang der A. mesenterica superior erfolgt. Zuvor war bereits die Pars horizontalis des Duodenum hinter der Mesenterialwurzel und der erste Teil des Jejunums bis zu einer ausreichenden Meso-Länge skelettiert, das Jejunum mit ILA52-Durchtrennung abgesetzt und fortlaufend übernäht worden. Abwerfen des Präparates.

Die Rekonstruktion erfolgt durch die transmesokolisch in den Oberbauch geleitete Jejunumschlinge. Das Pankreasparenchym mit einem Ductus wirsungianus von 3 mm Durchmesser wird in zwei-reihiger Nahttechnik End-zu-Seit anastomosiert (innere Nahtreihe Biosyn 5-0, äußere Naht Biosyn 4-0 fortlaufend – Ganz-zu-Mukosa-Anastomose). Feste Konsistenz und gute Nahtfähigkeit des Pankreasparenchyms. Durchführung der Hepatikojejunostomie mit Monocryl 5-0 in fortlaufender Nahttechnik. Verlagerung des Magens antekolisch und Durchführung der Duodenojejunostomie im Mittelbauch durch End-zu-Seit-Anastomose mit Biosyn 4-0 fortlaufend.

Bei kompletter Bluttrockenheit Drainagen-Einlage: Eine 12er Easyflow-Drainage subhepatisch, eine weitere dorsal der Jejunalschlinge zur Mesenterialwurzel. Fortlaufender zweireihiger Bauchdeckenverschluss, intrakutane Hautnaht. Perioperative Antibiotikaphylaxe.