

Operation: Gastrektomie

Diagnose:

Präop. Diagnose: Intestinales Karzinom n. Lauren am Übergang des mittleren zum distalen Drittel, uT2
Postop. Diagnose: Invasives Adenocarcinom des Magens vom Intestinalen Typ, mit Infiltration des submucösen Fettgewebes sowie Hämangiosis carcinomatosa.
Histologie: diff. G2, pT2b, pNo(0/32), pM0, L0, V1, R0, Stad 1B

Therapie:

Erweiterte Gastrektomie, ausgedehnte Lymphadenektomie mit Erweiterung in das Kompartiment III, Resektion des Pankreasschwanzes, Splenektomie, Omentektomie, Appendektomie, Rekonstruktion mit einer nach Roux ausgeschalteten Jejunalschlinge, Jejunojejunostomie

Anamnese/Indikation:

Bei kurativem Therapieansatz und lokaler Resektabilität besteht grundsätzlich die Operationsindikation sofern keine massiven Risikofaktoren vorliegen (Vorerkrankungen bzw. Allgemeinzustand des Patienten, s. Kontraindikationen)
Bei dem Patienten liegt primär ein lokal fortgeschrittenes Magencarcinom vor. Bei diesem Befund war eine präresektionelle Chemotherapie eingeleitet worden. Bei endoskopisch nachweisbarer Remission jetzt Entschluss zur operativen Intervention. Geplant war dabei eine Gastrektomie. Der Patient und seine Angehörigen waren diesbezüglich aufgeklärt und hatten ihr Einverständnis gegeben.

Operationsbericht:

Nach ausreichend tiefer Narkose querverlaufende Oberbauchlaparotomie mit Verlängerung in der Medianlinie nach proximal. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich ein Resttumor im mittleren und oberen Magendrittel, dabei vor allem großkurvaturseitig zur Hinterwand gelegen. Dabei fragliche Infiltration in das Retroperitoneum bzw. zum Pankreasschwanz. Ansonsten keine Hinweise für eine peritoneale Carcinose bzw. für eine Läsion im Bereich der Leber. Bei diesem Befund wird zuerst die Pars affixa der linkslateralen Leber gelöst. Danach dann lebernahes Absetzen des kleinen Netzes und Incision des Peritoneums über dem oesophagogastralen Übergang. Aushülsen des Oesophagus aus dem Hiatus oesophagei und Umfahren desselben. Palpatorisch ist der Oesophagus dabei unauffällig. Anschließend dann Incision des Peritoneums über dem Ligamentum heptaduodenale und Beginn der Lymphadenektomie am Leberhilus. Dabei Lymphadenektomie am Oberrand des Ligaments über der Vena portae zur Arteria hepatica communis. Danach zentrales Absetzen der rechten Magengefäße und anschließend ausgiebiges Kocher'sches Manöver am Duodenum. Nun Lösen der Verklebungen des großen Netzes zum rechten Unterbauch und Abheben des großen Netzes vom Colon ascendens. Anschließend Abheben des großen Netzes vom Quercolon und Omentektomie unter Mitnahme des vorderen Blattes des Mesocolons. Anschließend Absetzen des großen Netzes von der linken Colonflexur. Dabei bestätigt sich, dass hier sehr wohl eine Infiltration der Magen hinterwand zur Milz bzw. zum Pankreasschwanz vorliegen kann. Anschließend Lösen der peripankreatischen Verklebungen und zentrales Absetzen der gastroepiploischen Gefäße rechtsseitig. Weitere Mobilisation und Abheben des Fettgewebes vom Duodenum und Darstellung des Pankreasoberrandes. Hier dann Lymphadenektomie am Pankreasoberrand und anschließend Absetzen der postpylorischen Gefäße linkskurvaturseitig. Das Duodenum wird nun etwa 3 cm postpylorisch mit einem linearen Nahtgerät verschlossen und durchtrennt. Anschließend serosierende Einzelknopfnähte. Nach zuvor stattgehabten Kocher'schen Manöver war der Duodenalstumpf jetzt völlig spannungsfrei gelegen. Danach weitere Lymphadenektomie entlang der Arteria hepatica communis. Anschließend Absetzen der Vena gastrica sinistra und weitere Lymphadenektomie paraaortal rechts mit Darstellung der Arteria gastrica sinistra. Die Arterie wird dann zentral

abgesetzt und ligiert und weitere Lymphadenektomie paraaortal zum rechten Zwerchfellschenkel. Nun Lymphadenektomie über der Arteria lienalis zum Pankreasschwanz. Hier Absetzen der Milzgefäße und Umfahren des Pankreasschwanzes. Der Pankreasschwanz wird nun fischmaulförmig reseziert. Durchstechungsligaturen an der Resektionsebene zur Blutstillung und anschließend fortlaufende Prolenennaht an der Resektionsebene. Diese erscheint ebenfalls unauffällig. Dann Lösen der Peritonealverklebungen der Milz und Hervorluxieren der Milz. Nach Stammvagotomie wird dann der Oesophagus offen abgesetzt und mit Allisklemmen fixiert. Die Resektionsebenen am Pankreas sowie am Oesophagus zeigen dabei keine Tumorinfiltrationen. Jetzt Ausschalten einer Jejunalschlinge entsprechend der Technik nach Roux. Diese ausreichend lange Jejunalschlinge wird dann durch einen Mesocolonschlitz in den Oberbauch verlagert. Antimesenterielle Incision und sorgfältige Blutstillung an der Schleimhaut. Anlage einer Oesophagogastrostomie in End-zu-Seit-Nahttechnik. Schienung der Anastomose durch Einlage einer naso-enteralen Drainage. Die proximale Anastomose erscheint spannungsfrei und sicher. Danach Wiederherstellung der Kontinuität durch eine Jejunojejunostomie in End-zu-Seit-Nahttechnik. Anschließend sogen. Schlitznähte. Nun noch synchrone Appendektomie einer retrocoecal gelegenen Appendix. Mobilisation der Appendix, Absetzen des Mesenteriolums und Ligatur der Basis der Appendix. Vorlage einer Tabaksbeutelnaht, Absetzen der Appendix und Versenken des Stumpfes unter Knüpfen der vorgelegten Naht. Dann Spülung des Situs, nochmalige Kontrolle auf Blutrockenheit, Einlage zweier Drainagen zur Oesophagojejunostomie und in die Milzloge zur Resektionsebene am Pankreas. Dann durchgreifender Verschluss der Wunde und atraumatische Hautnaht. Steriler Verband.

Der Patient kommt extubiert auf die operative Intensivstation.

Zusammenfassende Therapiemaßnahmen:

Transurthrale Blasenkatheterisierung, erweiterte Gastrektomie, ausgedehnte Lymphadenektomie mit Erweiterung in das Kompartiment III, Resektion des Pankreasschwanzes, Splenektomie, Omentektomie, Appendektomie, Rekonstruktion mit einer nach Roux ausgeschalteten Jejunalschlinge, Jejunojejunostomie, Einlage zwei intraabdomineller Drainagen, intraoperative Erörterung patho-histologischer Schnellschnittuntersuchungen.