

Operation: Magenbypass, laparoskopisch:

Diagnose:

Adipositas morbide, Steatosis hepatis

Therapie:

Laparoskopie
Hiatoplastik, posteriore
laparoskopischer Roux-Y-Magenbypass
Entero-Enterostomie 150 cm
Intraoperative Gastroskopie
Lipomresektion

Anamnese/Indikation:

Bei o.g. Patienten besteht eine morbide Adipositas mit einem BMI von > 40. Nach Versagen aller bisherigen konservativen Therapiemaßnahmen wurde der Patient zur operativen Behandlung der morbiden Adipositas eingewiesen. Nach umfangreicher ambulanter Aufklärung über Risiken einer operativen Behandlung wegen und bei Adipositas, der Notwendigkeit einer kooperativen Mitwirkung des Patienten, einer lebenslangen Behandlung und eines dauerhaften Veränderung des Organismus wurde die Patientin auf die Operation vorbereitet. Der Patient war umfassend informiert und hat sich aufgrund ihrer bekannten Sweet-eater-Symptomatik sich zur Bypass-Operation entschieden. Es erfolgten ambulante und stationäre umfassende Aufklärungen. Das Risiko der Anastomoseninsuffizienz wurde explizit erläutert. Es wurde auf die Irreversibilität des Verfahrens, die Unmöglichkeit der Gastroskopie und ERCP hingewiesen. Auf eine lebenslange B12-Vitamin-Gabe wurde ebenfalls ausführlich hingewiesen. Die Patientin hatte sich zum Bypass eindeutig entschieden, nachdem eine konservative Behandlung dauerhaften Erfolg brachte. Nach klinischer Untersuchung und Operationsvorbereitung erfolgte die nochmalige ausführliche Aufklärung über die Operation, intra- und postoperative Komplikationen sowie auch die Möglichkeit letaler Komplikationen. Der Patient zeigte sich umfassend informiert und hatte keine weiteren Fragen mehr.

Operationsbericht:

Nach entsprechender Vorbereitung erfolgte die Intubationsnarkose. Bei Narkoseeinleitung erhielt der Patient eine perioperative Antibiotika-Prophylaxe (single-shot). Danach wurde der Patient auf den Operationstisch in Steinschnitt-Lagerung platziert. Nach gründlicher und großflächiger mehrmaliger Desinfektion des Operationsgebietes erfolgte eine sterile Abdeckung. Harnröhrenanästhesie und Harnblasenkatheter.

Das Pneumoperitoneum wurde in der Doppel-Klick-Methode im linken Oberbauch angelegt. Nach Vorliegen aller Sicherheitstests erfolgt das Platziere eines stumpfen Ersttrokars (Dilatationstrokars). Nach Einbringen der Optik in die Bauchhöhle erfolgt die umfangreiche Inspektion der Bauchhöhle. Ansonsten zeigen sich keine weiteren pathologische

Veränderungen. Danach erfolgt unter Kerasicht die Lagerung in Anti-Trendelenburg-Position. Zur Platzierung der weiteren Trokare macht sich eine Adhäsion notwendig, um die Trokare unter Sicht zu platzieren (4 12mm-Trokare). Unter dem rechten Rippenbogen wird ein 10mm-Stahl-Trokar für den Leberretractor, unter den linken Rippenbogen ein weiteren 12mm-Einmal-Trokar für die Babcock-Zange unter Sicht eingebracht. Danach folgen zwei Arbeitstrokare im Epigastrium.

Nach Eröffnung der Pars flaccida wird der Lobus caudatus der Leber sichtbar. Nun wird der rechte Zwerchfellschenkel und bei bereits im Magen liegender Kalibrationssonde der linke Zwerchfellschenkel dargestellt. Der Ösophagus wird an seinem kardialen Übergang und der Pouch sorgfältig präparatorisch dargestellt. Der His-Winkel wird nun unter Sicht inzidiert. Es besteht eine relativ große axiale Hiatushernie, die nun bei liegender Kalibrationssonde mit Einzelknopfnähten Mersilene verschlossen wird. Zuvor wird ein in der Hernie lokalisiertes großes Lipom bis in das Mediastinum verfolgt und mit der Ultraschallschere reseziert.

Daran schließt sich die Kalibration des Pouches an. Dazu wird der mit 20 ml Kochsalz-Lösung gefüllte Ballon in den Hiatus oesophagei zurückgezogen. Auf dem Scheitelpunkt des Ballons erfolgt kleinkurvaturseitig eine Markierung. Nach Verschieben des Ballons wird eine Dissektion magenwandnah unter Sicht in die Bursa omentalis vorgenommen. Nach Präparation des Kanals für die Resektion des Magens, wird dieser schrittweise in Dreiecksform mit Klammernahtgeräten (45 mm blaues Magazin J&J) abgesetzt. Im Bereich des Absetzungsrandes kommt es zu keinerlei Blutungen aus den Klammernahtreihen, die keinerlei Umstechungen mit Vicryl notwendig machen. Danach Durchtrennen der Pars libera des Omentum majus bis zum Oberrand des Querkolons. Nach Aufsuchen des Treitz-Bandes wird die oberste Jejunumschlinge antekolisch bis an den Magen-Pouch geführt und mit einer Fixationsnaht spannungslos befestigt. Die Länge der biliodigestiven Schlinge beträgt 50 cm. Eröffnung des Pouches an der Klammernahtreihe und Einbringen eines Linearstaplers. Gleichzeitig Einführen des Klammernahtgerätes von links in die zu anastomosierende Darmschenkel, mit dem die Anastomose angelegt wird. Fixationsnaht der Vorderwand mit Vicryl, nachdem eine Kalibrationssonde mit 8 mm Außendurchmesser in den Jejunumschenkel eingelegt worden war. Naht der Vorderwand der Anastomose mit Vicryl fortlaufend. Blauprüfung zeigt Dichtigkeit. Absetzen der oralen Dünndarmschlinge mit einem Klammernahtgerät (blaues Magazin 45 mm). Das Mesenterium war zuvor mit dem Ultraschalldissektor skeletiert worden. Fixation der oralen Schlinge (antekolisch) in einem Abstand von 150 cm von der Anastomose an den aboralen Jejunumschenkel mit einer Einzelknopfnah. Einstülpende Vicryl-Nähte im Bereich der Absetzungsstelle, um eine mögliche Leckage zu verhindern. Die Roux-Y-Anastomose wird als Seit-zu-Seit-Anastomose mit einem Klammernahtgerät und einer fortlaufenden Vicryl-Naht ausgeführt. Hohnaht im Bereich der kleinen Krümmung, um die Spannung von der Anastomose zu nehmen.

Kontrolle der Anastomose durch „Blauprüfung“. Nachdem durch intraoperative Gastroskopie kein Gasaustritt nachgewiesen werden kann, wird die Magen-Kalibrationssonde entfernt.

Verschluss der Mesenteriallücken beidseits. Es wird die Roux-Y-Anastomose am tiefsten Punkt des mesenteriums der antekolischen Schlinge mit einer Naht Seide 00 fixiert. Danach wird die Pars libera des Omentum majus hochgeschlagen und der Peterman-Raum dargestellt. Nach subtiler Darstellung wird der Raum unterhalb der antekolischen Schlinge verschlossen (Seide 00)

Platzierung einer fortlaufenden Drainage im linken Oberbauch, die separat herausgeleitet wird. Fixationsnähte der Drainagen.

Verschluss der Trokarwunden durch Einzelknopfnähte und Hautklammern. Verband.

Operationszeit: 54 min

Blutverlust: < 10 ml

Der Patient wird extubiert auf die Intensivstation verbracht.