

Operation: Nierentransplantation rechts

E-Mail: info@schpp.de Website: www.schpp.de

Diagnose:
Dialysepflichtige terminale Niereninsuffizienz

Therapie:
Nierentransplantation rechts

Anamnese/Indikation:
Zur Transplantation steht eine Niere eines dezerebrierten Patienten zur Verfügung. Die Inspektion der Niere erfolgt präoperativ. Die Niere weist eine Arterie, eine Vene und einen Harnleiter auf.

Operationsbericht:

Intubationsnarkose. Steriles Abwaschen und Abdecken des gesamten Abdomens. Einführen eines transurethralen Blasenkatheters unter sterilen Bedingungen und Auffüllen der Harnblase mit 150 ml physiologischer Kochsalzlösung. Semilunarschnitt im rechten Unterbauch, Durchtrennung der Externusaponeurose und der schrägen Bauchmuskulatur. Abschieben des Peritonealsackes nach medial, Darstellen der Iliacalgefäße, die folgenden Befund zeigen: Normale distale Aorta und Iliacalgefäße, keine arteriosklerotischen Veränderungen im Bereich der Arteria iliaca communis und externa. Dann Darstellung der Vena iliaca communis rechts, Setzen einer Satinski-Klemme, Gefäßinzision, Spülung mit Heparin und Herstellung der End-zu-Seit-Anastomose zwischen der gekürzten Vena renalis der Tx-Niere und Vena iliaca communis rechts mit 5/0 Prolenenaht fortlaufend. Dann Setzen einer Satinski-Klemme an der proximalen Arteria iliaca communis, Gefäßinzision, Spülung mit Heparin und Herstellung der End-zu-Seit-Anastomose zwischen dem zurechtgeschnittenen Aortenpatch der Spenderarterie und Arteria iliaca communis mit 5/0 Prolenenaht fortlaufend. Prüfung der Dichtigkeit beider Gefäßanastomosen mit Hilfe der weichen Gefäßklemme (De Bakay-Klemme „Buldog“-Klemme).

Nach Entfernung der Gefäßklemmen findet sich an der Niere folgender Befund: Die Niere ist gut und homogen durchblutet. Im Bereich des Oberpols zeigt sich eine Minderdurchblutung durch eine wahrscheinlich bei der Entnahme durchtrennte Polararterie, die Minderdurchblutung zeigt sich nur an der ventralen Seite des Oberpols, der Rest der Niere ist sehr gut und homogen durchblutet, guter tastbarer Puls im Nierenhilus. Dann Reposition der Niere in die rechte Fossa iliaca und Präparation der Blase von rechts-lateral her. Spaltung der Blasenmuskulatur und Darstellung der Blaseschleimhaut über eine Länge von 1 cm. Schrägverlaufende Kürzung des Ureters auf die vorgesehene Länge und Erweiterung des Ureterostüms durch Längsinzision. Dann Einführen eines vesiko-renalnen Doppel-J-Splints und Herstellung der Ureter-Blasen-Anastomose mit fortlaufender 5 x 0 PDS-Naht. Auffüllen der Harnblase mit physiologischer Kochsalzlösung mit Betaisodona zur Prüfung der Dichtigkeit der Ureter-/Blasen-anastomose. Nach Feststellung der Dichtigkeit, Verschluss der Blasenwandmuskulatur mit Einzelknopfnähten Vicryl 4/0 zur Deckung der Anastomose im Sinne einer Antirefluxplastik, Einlage einer Silikon-Drainage im Retroperitoneum, Spülung des rechten Retroperitoneums, Kontrolle der Hämostase. Schichtweiser Bauchdeckenverschluss, Hautverschluss durch Inkrutatannah, Auflage eines sterilen Verbandes.