

Operation: Explorative Laparotomie, Jejunumsegmentresektion, Seit-zu-Seit-Anastomose

Diagnose:

Prostatakarzinom, metastasiert, V.a. Jejunumkarziom

Therapie:

Explorative Laparotomie, Jejunumsegmentresektion, Seit-zu-Seit-Anastomose

Anamnese/Indikation:

Bei dem Patienten liegt ein bekanntes Prostatakarziom, welches metastasiert ist. Es ist nun zusätzlich zu einer Blutung aus dem Darm und zu einer Stenose-Symptomatik gekommen. Doppelballonendoskopisch ist eine Raumforderung stenosierend im mittleren Jejunum gesichert worden, die potentiell einem primären Jejunumkarzinom entspricht. Auch auf Grund der Palliativsituation und trotz des hohen Alters des Patienten wird die Indikation zur Jejunumsegmentresektion gestellt, da die Symptomkontrolle der Stenose und der Blutung im Vordergrund steht.

Operationsbericht:

Rückenlage, steriles Abwaschen und Abdecken des Abdomens.

Kleine mediane Oberbauchlaparotomie unter Linksumschneidung des Nabels. Eingehen ins Abdomen. Der Dünndarm zeigt sich proximal sehr stark gestaut. Er wird schrittweise eventeriert. Der Tumor ist tastbar und hochgradig stenosierend im mittleren Jejunum. Proximal davon deutliche Stauung der Darmschlingen und distal Hungerdarm. Aus diesem Grunde Anschlingen proximal und distal der Stenose mit einem Gummizügel. Dann Inzision danach Durchtrennung des Mesenteriums über Overholt-Klemmen und Ligaturen. Nachfolgend Inzision im zukünftigen Resektat und Ablassen großer Mengen Dünndarmstuhl, der proximal gestaut ist. Nachfolgend Abstapeln proximal und distal des Befundes und Übernähung der Klammernahtreihe. Seit-zu-Seit-Anastomose in fortlaufender Nahttechnik mit Maxon 4.0. Verschluss des Mesenterialschlitzes. Versenken im Abdomen.

Nachfolgend schichtweiser Wundverschluss und Klammernaht der Haut. Steriler Druckverband. Bei dem Patienten liegen multiple Lymphknotenmetastasen im Mesenterium vor klinisch, die auch CT-morphologisch bereits beschrieben wurden. Eine chirurgische Sanierung ist hier unmöglich.

Das Präparat ging in die Pathologie.