

Operation: hiläre Hepatojejunostomie

Diagnose:

Zustand nach Cholezystektomie,
Zustand nach akzidenteller Gallengangsverletzung

Therapie:

operative Revision

Anamnese/Indikation:

Bei dem Patienten war es bei einer Cholezystektomie zu einer Gallengangsverletzung gekommen, infolgedessen wurde eine biliodigestive Anastomose angelegt. Seitdem hat der Patient rezidivierend Oberbauchbeschwerden und Cholangitiden, sodass mit ihm eine Neuanlage der biliodigestiven Anastomose besprochen wurde.

Operationsbericht:

Intubationsnarkose, kontrollierte Rückenlage, sterile Abdeckung.

Eingehen über eine Oberbauchmedianlaparotomie, die bis knapp unter dem Nabel gezogen wird, Lösen von Adhäsionen, Exposition der Abdominalhöhle mit Zenker Rahmen und Ulmer Hakensystem.

Die Inspektion des Abdomens zeigt folgenden Befund: Der proximale Dünndarm ist vom Treitz'schen Band kommend zur biliodigestiven Anastomose retrokolisch geführt, es findet sich eine End-zu-Seit biliodigestive Anastomose, der distale Dünndarm ist auf diese Schlinge End-zu-Seit 20 cm hinter der biliodigestiven Anastomose anastomosiert. Die Verfolgung des distalen Dünndarms bis zum Zökum ergibt keinen Hinweis auf eine Verwachsung oder Briden. Es fällt die Entscheidung, die biliodigestive Anastomose neu anzulegen. Hierzu wird zunächst der Dünndarm auf Höhe der Fußpunktanastomose sowohl nach duodenal wie nach distal mit einem GIA abgesetzt. Absetzen des Mesos der zur biliodigestiven Anastomose ziehenden Dünndarmschlinge, diese kann nun unter dem Kolon nach kranial gehoben werden. Freipräparieren des Choledochus zirkulär, Absetzen des Choledochus knapp an der biliodigestiven Anastomose, sodass die gesamte Mukosa der biliodigestiven Anastomose mit dem Präparat abfällt.

Der Choledochus ist nunmehr ca. 1 cm hinter der Hepatikusgabel abgesetzt. Zirkulär wird der Choledochus soweit freigemacht, dass genug Strecke für eine Naht zur Verfügung steht und er auf der Ventralseite bis knapp an die Hepatikusgabel hin inzidiert werden kann. Absetzen der überstehenden Ecken rechts und links der Inzision, Blutstillung mit zwei Stichen PDS 5/0 am Choledochus. Übernähen des abgesetzten distalen Dünndarms mit Vicryl 3/0, das distale Dünndarmende wird nun retrokolisch unter die Leber geholt, antimesenterial eröffnet. Zunächst Vorlegen der Vorderwandfäden am Choledochus, es werden 5/0 PDS-Fäden verwendet, danach Stechen der Hinterwand, Knoten der Hinterwand, Vervollständigen der Vorderwand der biliodigestiven Anastomose.

Die Anastomose ist gut durchblutet und erscheint dicht. 50 cm hinter der biliodigestiven Anastomose wird nun der proximale Dünndarm von Treitz kommend anastomosiert als End-zu-Seit-Anastomose mit PDS 4/0 in fortlaufender Nahttechnik. Verschluss des Mesoschlitzes, Spülen und Kontrolle auf Bluttrockenheit. Einlegen zweier Easy-flow-Drainagen zur biliodigestiven Anastomose, schichtweiser Bauchdeckenverschluss mit Schlingennähten, Subkutan- und Intrakutannaht. Tücher und Instrumente sind als vollzählig gemeldet.