

# Operation: Laparoskopisch assistierte Ileozökalresektion

## Diagnose:

Stenose ileozökal bei Morbus Crohn

## Therapie:

Ileozökalresektion, laparoskopisch assistiert

## Anamnese/Indikation:

Bei der Patientin, die an Morbus Crohn leidet, ist eine Stenose ileozökal diagnostiziert worden. Dieses wurde in der MRTomographie (Sellink) nachgewiesen. In minimalem Abstand von einer ersten Stenose im Bereich der Bauchin´schen Klappe findet sich eine zweite, die ebenfalls wirksam ist, da davor die Darmschlingen erweitert sind. Die Patientin hat entsprechende Beschwerden, so dass die Indikation zur Resektion besteht.

## Operationsbericht:

Rückenlage. Steriles Abwaschen und Abdecken des Abdomens. Hautschnitt im Nabelbereich, sodann Ankleben mit Backhausklammern. Eingehen mit der Veressnadel. Problemlose Anlage des Pneumoperitoneums. Dann Eingehen mit dem 10er Trokar. Die Rundumsicht im Abdomen nachfolgend zeigt unauffällige Verhältnisse, insbesondere kein Hinweis für irgendwelche Verletzungen. Die Leber ist unauffällig. Im rechten Unterbauch findet sich die Stenose mit einer erweiterten Darmschlinge davor. Das Kolon ist völlig unauffällig. Schaffen eines weiteren 10er Trokars im rechten Unterbauch und eines weiteren 5er Trokars und Einbringen eines weiteren 10er Trokars im linken Unterbauch. Hochschlagen des Darmanteils in der Ileozökalregion. Schrittweise Präparation und Mobilisation des gesamten Hemikolons unter sorgfältiger Schonung des Ureters. Mobilisation der rechten Flexur. Darstellung des Duodenums in diesem Areal. Nachfolgend ist das gesamte rechte Hemikolon und das terminale Ileum soweit mobilisiert, dass es problemlos über einen schrägen Hautschnitt im rechten Unterbauch vor die Bauchdecke gebracht werden kann. Die Minilaparotomie erfolgt. Es wird eine Umlegung eingebracht. Nachfolgend Hervorholen des Darmanteils. Dann sparsame Ileozökalresektion, wobei knapp 15 cm Dünndarm und etwa 5 cm Dickdarm, d.h. der Zökalpol entfernt werden. Die Durchblutungsverhältnisse sind ausgezeichnet. Übernäherung der Klammernreihe mit einer fortlaufenden Naht. Nachfolgend Seit-zu-Seit Anastomose in fortlaufender Nahttechnik mit Maxon 3.0. Die Anastomose ist sehr gut weit und exzellent durchblutet. Reposition des Darmes ins Abdomen. Entfernung der Umlegung und der Folie. Handschuhwechsel. Dann fortlaufende Naht der Laparotomiewunde im rechten Unterbauch. Nachfolgend nochmals Anlage des Pneumoperitoneums. Der Rundumblick im Abdomen zeigt keinen Hinweis für Blutung. Nachfolgend nochmals Einzelknopfnähte im Bereich der Trokareinstichstellen. Subdermalnaht. Klebung der Hautränder.