

Operation: Hemihepatektomie rechts

Diagnose:

Intrahepatisches Gallengangskarzinom im Bereich des rechten anterioren Gallengangs 2. Ordnung

Therapie:

Hemihepatektomie rechts, systematische Lymphadenektomie

Anamnese/Indikation:

Bei der Patientin war aufgrund des hochgradigen Verdachtes einer malignen Gallengangsräumforderung im vorderen Bereich des rechten Gallengangssystems die Indikation zur Operation gestellt worden.

Operationsbericht:

Über einen Oberbauch-Rechtwinkelschnitt wird das Abdomen eröffnet. Intraoperativ findet sich keinerlei Anhalt für eine Peritonealkarzinose oder eine Absiedlung von Metastasen.

Der erste Schritt ist die Mobilisation der Leber aus den Verwachsungen zum Zwerchfell und Darstellung des Venensterns. Der nächste Schritt ist dann die komplette Mobilisation der rechten Leber auch von kaudal. Die retrohepatische Vena cava wird präpariert und die hier einmündenden Venen durchstochen bzw. geklippt. Abschließend kann problemlos die rechte Lebervene angezügelt werden.

Die Leber wird mit dem intraoperativen Ultraschall auf Metastasen oder Zweittumoren ohne Anhalt hierfür untersucht. Die Leberarchitektur zeigt, dass durch die Lokalisation des Tumors eine radikale onkologische Resektion im Sinne einer Hemihepatektomie möglich ist.

Dann wird die Gallenblase anterograd ausgelöst. Als nächstes erfolgt die Präparation des Ligamentum hepatoduodenale mit Darstellung der Lebergefäße und des Hauptgallengangs. Die Arteria gastrica dextra wird durchtrennt und die Arteria hepatica communis bis zum Oberrand des Pankreas freipräpariert und verfolgt. Die hier liegenden lymphatischen Stationen werden reseziert.

Die Leberarteriengabel liegt relativ weit kranial und zeigt einen etwas atypischen Verlauf. Deshalb zunächst Anzügeln der rechten Leberarterie. Die Arteria cystica verläuft ventral des Ductus choledochus und entspringt direkt aus der Bifurkation der Arteria hepatica communis. Der Ductus choledochus wird nun auch angeschlungen und freipräpariert und insgesamt das gesamte lymphatische Gewebe des Ligamentum hepatoduodenale reseziert.

Operation: Hemihepatektomie rechts

Die Gallengangsgabel kann nun problemlos dargestellt werden. Als nächstes wird die rechte Leberarterie abgesetzt, dann der rechte Pfortaderast mit einem Faden angeschlungen, ausgeklemmt und durchtrennt, so dass die Leber nun in vaskulärer Exklusion ist. Dann Anschlingen des rechten Gallengangs, der vorläufig noch nicht durchtrennt wird.

Die Demarkation zwischen Segment 4a und 8 sowie 4b und 5 wird nun mit dem elektrischen Messer nachgefahren, die Leberkapsel durchtrennt. Die Parenchymdurchtrennung erfolgt mit dem Ultraschalldissektor. Kleinere Gefäße werden koaguliert, größere geklippt oder durchstoichen. Die rechte Lebervene wird zwischen Overholt-Klemmen durchtrennt und der Stumpf zur Vena cava mit Durchstechungsligatur gesichert. Letztendlich gelingt es problemlos, die Leber zu trennen, bis diese nur noch an der Gallengangsgabel hängt. Der rechte Gallengang wird zentral an der Gabel makroskopisch sicher im Gesunden abgesetzt.

Nach offener Absetzung erfolgt ein bakteriologischer Abstrich und der Gallengang wird mit 5.0 PDS übernäht. Der Ductus cysticus wird kanüliert und mit Hilfe einer Blauinjektion die Resektionsfläche auf Gallelecks hin kontrolliert. Absetzen der Gallenblase unter Ligatur des Zystikusstumpfes. Abschließend wird die Bluttrockenheit der Schnittfläche überprüft. Nach Blutstillung mit dem Argonbeamer wird die Resektionsfläche der Leber mit zwei Tachosilvliesen versiegelt. Abschließend herrscht absolute Bluttrockenheit.

Es wird eine 19er Blake Drainage subhepatisch eingelegt und separat ausgeleitet. Die Leber wird am Ligamentum teres an der Bauchwand wieder refixiert, um einer Torquierung vorzubeugen. Ein schichtgerechter Bauchdeckenverschluss beendet die Operation.