

Operation: Restthyreoidektomie li.

Diagnose:

Struma uninodosa links

Lymphopathie zervikal links

Z. n. Hemithyreoidektomie rechts mit einem 1 cm großen papillären Schilddrüsenkarzinom (pT1a)

Therapie:

Kollare Reexploration mit Restthyreoidektomie links und partieller zentraler

Lymphknotendissektion links, im Schnellschnitt ohne Hinweis für Malignität

Regelhaftes Dr. Langer Neuromonitoring links

Anamnese/Indikation:

Die OP-Indikation basiert auf einer Struma uninodosa links mit einem ca. 7 mm großen rechts zentral gelegenen Knoten und Lymphknotenvergrößerung perithyreoidal links. Die Patientin war bereits 2005 hemithyreoidektomiert worden. Damals zeigte sich ein 1 cm großes papilläres Schilddrüsenkarzinom. Mit der sehr besorgten Patientin wurde die kollare Reexploration mit Restthyreoidektomie links bis hin zur Lymphknotendissektion mit intraoperativem Neuromonitoring besprochen.

Operationsbericht:

Nach Lagerung, Hautdesinfektion und sterilem Abdecken des Operationsgebietes Ausschneiden des großen Kocher'schen Kragenschnitts. Präparieren eines Hautplatysmalappens nach kranial und kaudal und Eingehen von linkslateral am Sternocleidomastoideusvorderrand in die Tiefe.

Zunächst Darstellen und Anzügeln des Nervus vagus mit regelhafter Signalgebung und Amplitude. Durchtrennen des Musculus omohyoideus zum besseren Einstellen der OP-Loge. Nun Präparieren von kaudolateral nach medial, wo man zentral auf die beschriebenen deutlich vergrößerten Lymphknoten trifft. Hier wird ein Lymphknotenkonglomerat mit umliegendem Fettgewebe vorsichtig nach Identifikation des dorsal gelegenen Nervus laryngeus recurrens herauspräpariert und zur Schnellschnittuntersuchung versandt. Hierbei ergibt sich kein Hinweis für Malignität.

Verfolgen des Recurrens an der dorsalen Schilddrüsenkapsel nach kranial. Narbige Veränderungen finden sich hier nicht, so dass damals auch tatsächlich *nur* die rechte Seite operiert worden war. Bei dorsaler

Identifikation des Recurrens wird nun zur besseren Mobilisierung des linken Schilddrüsenlappens die gerade Halsmuskulatur von der Schilddrüsenvorderseite abgelöst und medialisiert. Nun sukzessives Verfolgen des Recurrens bis zu seiner Insertion in den Kehlkopf. Die prätrachealen Gefäße werden kapselnah unterbrochen und auch die Arterie thyreoidea inferior, welche den Nerven überkreuzt, kapselnah zwischen Ligaturen durchtrennt.

Die untere linke Nebenschilddrüse konnte nicht sicher identifiziert werden, makroskopisch haftet der Schilddrüsenkapsel keine einem Epithelkörperchen entsprechende Struktur an. Der Nerv wird nun sukzessive bis zu seiner Insertion in den Kehlkopf verfolgt. Darüber kreuzende Gefäße werden kapselnah unterbrochen. Dergestalt kann Richtung oberen Pol kehlkopfnah die obere linke Nebenschilddrüse identifiziert, zwischen Clips von der dorsalen Schilddrüsenkapsel abpräpariert und vital durchblutet in situ erhalten werden.

Nun werden noch kapselnah die oberen Polgefäße unterbrochen. Nach Darstellen des Recurrens auf ganzer Länge bis zu seiner Insertion in den Kehlkopf werden ventral auf der Trachea kleinere den Nerven unterkreuzende Gefäße mit Prolene 5x0 umstochen und anschließend der gesamte linke Schilddrüsenlappen von der Tracheavorderwand und der noch partiell darüber anhaftenden geraden Halsmuskulatur abgelöst und entfernt.

Nochmaliges Einstellen des Operationssitus unter forcierter PEEP-Beatmung und subtile Blutstillung. Die abschließende Kontrolle mit dem Dr. Langer Neuromonitoring zeigt eine unverändert kräftige Signalgebung über Vagus und Recurrens linksseitig. Bei trockenem Situs wird auf die Einlage einer Drainage verzichtet. Adaptierender Verschluss der Muskelloge. Hautdesinfektion. Intrakutan fortlaufende Hautnaht. Steriler Verband.