

Operation: Hemikolektomie rechts

Diagnose:

subtotal stenosierendes metastasierendes Carcinom des Colon ascendens

Therapie:

Hemikolektomie rechts, palliativ, CME

Anamnese/Indikation:

subtotal stenosierendes metastasierendes Carcinom des Colon ascendens

Operationsbericht:

Mediane Mittelbauchlaparotomie unter Rechtsumschneidung des Nabels; subcutaner ZytoFix®-Blasenkatheter mit Annaht an der Haut. Im Abdomen etwa 300 ml seröses Exsudat. Es findet sich ein nahezu komplett stenosierendes Carcinom des Colon ascendens, klinisch mit Lymphknoten-Metastasen über dem Pankreaskopf, aber auch links der A. mesenterica superior in der Mesenterialwurzel. Des weiteren Peritonealmetastasen im großen Netz und im Douglas, dort ohne Stenosierung des Rektums. Die Leber ist in allen Anteilen von Metastasen durchsetzt bei einem Anteil von ca. 40%

Zunächst komplette Mobilisierung des Colon ascendens mit der Mesenterialwurzel bis hinauf zum Duodenum, Freipräparation des Duodenums einschliesslich Pankreaskopf-Mobilisation. Hierbei langstreckige Freidissektion der Aorta und der V. cava von der Bifurkation bis in Höhe des Truncus coeliacus. Nun Abpräparation des Duodenums von der Mesenterialwurzel. Bei Lymphknotenmetastasen am Pankreaskopf erfolgt die Lymphdissektion am Pylorus und am distalen Antrum unter magenwandnaher Durchtrennung der Gefäßarkaden. Längsspaltung des Omentum maius in der Resektatgrenze. Weitere Lymphdissektion am Pankreaskopf unter Durchtrennung der Gastroepiploica-dextra-Gefäße. Abgangsnahe Durchtrennung der Arteria ileocolica, dann der Vena ileocolica. Dissektion an der Mesenterialwurzel. Durchtrennung der Arteria colica dextra. Die Dissektion an der Mesenterialwurzel ist komplettiert. Offenes Durchtrennen des Dünndarmes mit der monopolaren Diathermie 10 cm oral der Bauhinschen Klappe. Durchtrennen noch stehender Mesenterialgefäße zwischen Klemmen. Offenes Durchtrennen des Dickdarmes mit der monopolaren Diathermie in Höhe der Colicamedia-Gefäße. Einsendung des Präparates zur feingeweblichen Untersuchung. Durchführung einer einreihig extramukösen End-zu-End-Ileotransversostomie in fortlaufender Nahttechnik. Fortlaufender Verschluss des Mesenterialschlitzes mit Vicryl-Nähten der Stärke 3/0. Einlegen einer intraabdominellen Robinsondrainage wegen des bestehenden Aszites. Durchgreifender Faszienschlusses mit Vicryl-Nähte der Stärke 2 in fortlaufender Nahttechnik. Einlegen einer subkutanen Redondrainage. Hautverschluss mit Einzelknopfrückstichnähten der Stärke 3/0. Steriler Pflasterverband.