

Operation: Hemikolektomie links, offen, kurativ

Diagnose:

Kolonkarzinom knapp unterhalb der linken Flexur, nicht metastasiert

Therapie:

Hemikolektomie links in kurativer Intervention

Anamnese/ Indikation:

Bei auffälligem Blut im Stuhl erfolgte eine Koloskopie zur Abklärung, die ein Kolonkarzinom, geringfügig stenosierend, im Bereich der linken Flexur ergab. In der nachfolgenden CT- Staginguntersuchung fand sich der Befund am ehesten einem T3- Karzinom entsprechend. Kein Hinweis für eine Fernmetastasierung im Bereich der Leber oder Lunge. Aus diesem Grund Indikation zur Hemikolektomie links.

Operationsbericht:

Problemlose Vollnarkose, perioperative Antibiose, Steinschnittlagerung. Mediane Laparotomie unter Linksumschneidung des Nabels und Eingehen in das Abdomen. Einbringen einer Folie und eines Sperrers. Die Durchsicht des Abdomens zeigt keinen Hinweis für Lebermetastasierung, entsprechend dem vorangegangenen CT-Befund. Die Dünndarmschlingen sind ebenfalls unauffällig. Der Tumor tastet sich knapp unterhalb der linken Flexur, wie vorbeschrieben. Nun zunächst Weghalten des Dünndarms nach rechts lateral. Auslösen des Colon descendens und des Sigmas aus den lateralen Verklebungen. Dann komplette Mobilisation der linken Flexur. Sodann Durchtrennung des großen Netzes bis auf die Mitte des Colon transversum. Dann kranial davon Durchtrennung des Fettgewebes und Eingehen in die Bursa omentalis. Sodann, unter Schonung der gastroepiploischen Arkade, Mitnahme der Fettgewebsanteile und komplette Mobilisation der linken Flexur am Pankreasunterrand. Sodann Identifikation der A. colica media und Anschlingen des Colon transversum etwas distal davon. Diese Struktur wird aufgrund des hohen Alters der Patientin und des weit entfernt liegenden Tumors nicht mitreseziert. Nachfolgend Anschlingen am Übergang zwischen Colon descendens und Sigma.

Es wird sodann das Mesenterium nach Darstellen der A. colica sinistra schrittweise unter maximaler Mitnahme des Lymphknotenabstromgebietes durchtrennt. Die A. rectalis superior sowie das distale Sigma werden erhalten. Die Lymphknoten werden aber bis an den Stamm der A. colica sinistra ausgeräupert und mitgenommen. Sodann Absetzen dieser Strukturen und Abgabe des Präparats. Kontrolle auf Bluttrockenheit. Die beiden Darmenden werden sodann als End-zu-End- Anastomose in einreihiger fortlaufender Nahttechnik anastomosiert. Der Mesenterialschlitz wird verschlossen. Das verbleibende Netz wird als Plastik aufgelegt. Zuvor Ausspülen des Abdomens und Einlage einer 20er Robinsondrainage. Schichtweiser Wundverschluss. Klammernaht der Haut. Steriler Verband.

signum fecit Prof. Dr. M. K.