

Operation: **GIST - distale Magenresektion nach Roux-Y**

Diagnose:

GIST des Magenausgangs

Therapie:

2/3-Resektion des Magens nach Billroth II, mit Roux-Y-Anastomose
Laparoskopische Cholezystektomie simultan

Anamnese/Indikation:

Den Magenpylorus miterfassend war gastrokopisch eine submuköse RF von 5x3cm beschrieben worden. Bei diskreten Magenentleerungsstörungen und V.a. GIST-Tumor des Magens war die Indikation zur Operation gestellt worden.

Operationsbericht:

Rückenlagerung des Patienten, Desinfektion und sterile Abdeckung wie üblich. Zunächst erfolgt die infraumbilikale Inzision der Haut, das Darstellen und Ankleben der Faszie und die Eröffnung derselben. Stumpf wird der Optiktrokar eingebracht und das Pneumoperitoneum angelegt. Die Exploration zeigt eine prall gefüllte Gallenblase und den mit dem Taststab gut verschiebliche Tumor im distalen Magen, der den Pylorus mit ergreift. Setzen von zwei Arbeitstrokaren unter Sicht. Einkerbungen der Gallenblasenserosa zu beiden Seiten und Darstellen eines normalkalibrigen Ductus cysticus, der zwischen Clips durchtrennt wird. Dorsal des Ductus wird die Arterie identifiziert, die ebenfalls zwischen Clips durchtrennt wird. Vorsichtiges Herausschälen der Gallenblase aus ihrem Bett ohne wesentliche Blutungen. Laproskopische Eröffnung des Omentum minus und Darstellen des Magenantrums von cranial. Caudal Eingehen in die Bursa omentalis unter Durchtrennung des Lig. gastrocolicum. Die Resektion aboral reicht bis in das absteigende Duodenum, so dass der Entschluss zur queren Oberbauchlaparotomie erfolgt.

Durchtrennung der Schichten und nach Eröffnung des Abdomens Wundrandumlegung und Einbringen des selbsthaltenden Hakensystems. Abgabe der Gallenblase zur histopathologischen Untersuchung. Nun Palpation des Tumors, der in der Tat über den Pylorus reicht, jedoch gut verschieblich ist. Kein Nachweis einer peritonealen Metastasierung, die Leber ist palpatorisch ebenfalls unauffällig. Das Lig. gastrocolicum wird zunächst bis in den Magencorpus hin weiter

durchtrennt. Nun Kocher-Manöver bis zur V. cava, so dass Duodenum und Pankreaskopf ausreichend mobil sind. Durchtrennung der A. gastrica dextra und Absetzen des Magens postpylorisch mit dem GIA. Die Klammernahntreihe ist vollständig. Seroseröse versenkende Nähte am Duodenalstumpf. Im Bereich des Magencorpus erfolgt das Absetzen des Magens mit zwei GIA-Magazinen und die versenkende seroseröse Naht. Aufschneiden des Präparates und Versenden zum Schnellschnitt, nachdem ausreichende Abstände zum Tumor nachgewiesen wurden.

Sparsam wird das Meso der zweiten Dünndarmschlinge skelettiert und das Jejunum durchtrennt. Transmesokolisch wird die abführende Schlinge zum Magenrest geführt und eine zweireihige Gastrojejunostomie in End-zu-Seit-Technik genäht. In den abführenden Dünndarmschenkel wurde die Magensonde vorgeschoben. Nähen einer zweireihigen Fußpunktanastomose End-zu-Seit. Geordnete Reposition des Darmes, Einlage von zwei easy-flow-Drainagen. Fortlaufende Naht des Peritoneums und der Faszie. Intrakutannaht und steriler Verband.