

Universitätsmedizin Göttingen, 37099 Göttingen
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Kinderchirurgie, Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Kinderchirurgie

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Michael Ghadimi

Adressfeld

Patient Nr.: 12863971
Name: Pein, Melis
Geb.-Datum: 26.11.1982
OP-Saal: 9
OP-Datum: 19.05.2021
Station: 6011

Operationsbericht

Diagnose(n): Adipositas, nicht näher bezeichnet: Adipositas Grad I (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter [E66.90]
Dumping-Syndrom [K91.1]
Peritoneale Adhäsionen [K66.0]

Operation(en): Gastroenterostomie ohne Magenresektion [Bypassverfahren]: Mit Staplernnaht oder Transsektion (bei Adipositas), mit Gastrojejunostomie durch Roux-Y-Anastomose: Laparoskopisch [5-445.41]
Andere Operationen am Darm: Adhäsiole: Laparoskopisch [5-469.21]
Atypische partielle Magenresektion: Segmentresektion [5-434.0]
Resektion des Dünndarmes: (Teil-)Resektion des Jejunums: Laparoskopisch [5-454.51]
Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung [5-98c.1]

OP-Team:

Operateur: Dr. M. von Heesen 2. Assistent: PJ Student
1. Assistent: Dr. Georg Emons 3. Assistent:

Narkose: Balancierte Anästh. (ITN, VN)

Schnitt-Naht-Zeit: 08:45 - 11:07 Uhr

Indikation: Bei der Patientin wurde 2010 ein Roux-Y-Magenbypass bei Adipositas Grad 3 angelegt. Die Patientin hatte nun diffuse gastrointestinale Beschwerden, die am ehesten auf ein Dumping-Syndrom zurückzuführen sind. Ebenso wieder eine leichte Gewichtszunahme. Wir haben mit der Patientin die laparoskopische Exploration sowie ggf. die Implantation eines MiniMizer Rings und die Pouchkorrektur zur Beherrschung des Dumping-Syndroms besprochen. Das schriftliche Einverständnis liegt vor.

Operation: Patientin in modifizierter laparoskopischer Steinschnittlage mit Fußstützen. Steriles Abwaschen und steriles Abdecken des Abdomens. Team-Time-Out. Antibiotikaprophylaxe nach Klinikstandard. Anlage eines Kapnoperitoneums mit Verres-Nadel. Problemloses Eingehen mit dem 12 mm Optiktrokar linksilateral

des Nabels. Keine Verletzung durch die Verres-Nadel. Diese wird entfernt. Setzen von einem 5 mm Trokar rechts unterhalb des Rippenbogens sowie zwei weitere 12 mm Trokare epigastrisch. Inspektion der Abdominalhöhle. Es bestehen einige Verwachsungen des linken Leberlappens zum Magenpouch, diese werden mit Ultracision gelöst. Dann kann der linke Leberlappen mit Retraktor weggehalten werden. Nun Inspektion. Der Magenpouch zeigt sich etwas dilatiert. Von der Länge her ist er gut angelegt mit ca. 6 cm. Die Anastomose zum Dünndarm zwar weit aber ansonsten intakt und unauffällig. Es werden nun die Schlingenlängen nachgemessen. Überraschenderweise zeigt sich, dass die alimentäre Schlinge 3,40 m lang ist. Zur Kontrolle wird diese Schlinge zweimalig nachgemessen. Die pankreaticobiliäre Schlinge ist ca. 1,50 m lang. Hier ist eine Seit-zu-Seit-Anastomose dann zur alimentären Schlinge angelegt. Die alimentäre Schlinge hat einen relativ langen Blindsack von über 20 cm. Als Common-Channel werden dann noch ca. 3 m ausgemessen. Im alten OP-Bericht von 2010 sind für die pankreaticobiliäre Schlinge 50 cm angegeben und für die alimentäre Schlinge 1,50 m. Das nun von uns vorgefundene Bild deckt sich hiermit nicht. Gegebenenfalls könnten auch ein Teil der Beschwerden der Patientin durch eine Fettverdauungsstörung erklärt sein. Um kein weiteres Mangelsyndrom zu riskieren, entscheiden wir uns dazu alle Anastomosen aufzulösen und den Roux-Y-Bypass komplett neu anzulegen. Es wird nun zunächst die Jejunojejunostomie aufgelöst. Hierzu Verwenden von zwei Stapler-Magazinen für den Echelon Endopath in der Länge 60 mm und Farbe Weiß. Es wird darauf geachtet, dass keine Anastomosenreste im Bereich der alimentären Schlinge verbleiben. Hier zeigt sich auch keine Stenose. Zuwenden zur Gastrojejunostomie. Der Magen wird knapp oberhalb der Gastrojejunostomie mit einem goldenen Stapler-Magazin für den 60 mm Echelon Endopath durchtrennt. Es wird ein 32 Charrière-Schlundrohr in den Magenpouch eingeführt. Mit Kalibrierung dieses Schlundrohres wird der Pouch nun verschmälert. Hierzu Verwendung von blauen Stapler-Magazinen. Das kleine Magenresektat, dass entsteht, wird über einen Trokar aus dem Abdomen entfernt und zur histopathologischen Untersuchung abgegeben. Der neue Magenpouch wird nun mit dem MiniMizer-Ring umlegt. Dieser wird 2 cm oberhalb der späteren Anastomose angebracht. Der MiniMizer-Ring wird auf eine Größe von 7,5 cm Durchmesser eingestellt. Die Einführhilfe wird abgetrennt und aus dem Abdomen entfernt. Dann Nahtfixierung des MiniMizer-Rings mit zwei Vicryl-Nähten am Magenpouch. Nun Eröffnen des Magenpouches am distalen- dorsalen Ende. Das orale Jejunum wird nun hochgeführt. Ca. 20 cm aboral der alten Gastrojejunostomie wird das Jejunum eröffnet und eine neue Gastrojejunostomie mit Stapler angelegt. Die Anastomose wird knapp 2 cm lang angelegt. Sie wird mit der Magensonde kalibriert. Nahtverschluss der Staplereinführungsstelle mit einer fortlaufenden Stratafix-Naht. Dichtigkeitskontrolle. Die Anastomose zeigt sich dicht für Methylenblau. Ebenso der Magenpouch. Das oralseitig überstehende Jejunumende wird nun mit einem weiteren weißen Stapler-Magazin abgetrennt. Das so entstandene Dünndarmresektat wird mit Ultracision vom Dünndarmmeso getrennt und später mit dem Bergebeutel aus dem Abdomen entfernt. 1,50 m aboral der Gastrojejunostomie wird nun die Jejunojejunostomie angelegt. Die pankreaticobiliäre Schlinge wird ebenfalls gekürzt. Die Schlinge war zuvor 1,50 m lang und wird jetzt um ca. 30-40 cm nachgekürzt, sodass die alte Anastomose reseziert wird sowie der lange Blindsack. Auch hier wird der Dünndarm mit einem weißen Stapler-Magazin durchtrennt und mit Ultracision von seinem Meso gelöst. Die neue Jejunojejunostomie wird in üblicher Weise mit weißen Stapler-Magazin und Nahtverschluss der Staplereinführungsstelle mit Stratafix fortlaufend verschlossen. Anschließend erfolgt ein Nahtverschluss der Peterson- sowie der Brolinlücke mit einer fortlaufenden Ethibond-Naht. Abschließende Kontrolle auf Bluttrockenheit. Entfernen des Leberretraktors. Entfernen des Dünndarmresektates über Bergebeutel. Abgabe zur histopathologischen Untersuchung. Einbringen einer 20 Charrière-Robinsondrainage über den rechtslateralen Trokarzugang und Platzieren am Magenpouch. Infiltration der Trokarstellen mit Ropivacain

10 ml 10,5%ig. Entfernen aller Trokare unter Sicht. Verschluss der Muskel- und Faszien-schicht im Bereich der Dünndarmbergestelle. Desinfektion der Haut und Verschluss der Haut in Donati-Rückstichttechnik. Aufbringen von sterilen Pflasterverbänden. Entlagern der Patientin und Beenden der Operation.

Dr. Maximilian von Heesen

Abschrift Diktat 01.06.2021/CV