

Operation:

Diagnose:

Rektumcarcinom des mittleren bis unteren Drittels

Therapie:

Rektumresektion offen, tief anterior, mit totaler Mesorektumexzision(TME)

Anamnese/Indikation:

Nach neoadjuvanter Radiochemotherapie eines Rektumcarcinoms(uT3,uN1), dessen Tumorunterrand sich bei 8 cm ab ano in der starren Rektoskopie zeigte, wurde jetzt nach dem Restaging, das ohne Anhalt für eine Fernmetastasierung blieb, die Indikation zur onkologischen Tumorresektion gestellt.

Operationsbericht:

Abwaschen und steriles Abdecken. Mediane Laparotomie, beginnend an der Symphyse bis einige Zentimeter oberhalb des Nabels mit Linksumschneidung des Nabels. Nach Eröffnen des Abdomens Einsetzen einer Ringfolie und eines Sperrers. Intraoperative Befunderhebung. Der Tumor sitzt tief im kleinen Becken. Die Leber ist tumorfrei.

Die Mobilisation der linken Flexur vom Pankreasunterrand und von der Gerota'schen Faszie erfolgt durch Mobilisation lateral und durch Ablösen des großen Netzes vom Querkolon. Anschließend wird das Kolon sigmoideum nach medial gezogen und die Verklebungen mit dem Peritoneum lateral zur Bauchwand scharf durchtrennt. Der Ureter kommt automatisch dorsal zu liegen und wird identifiziert. Nun wird die A. mesenterica inferior aufgesucht, indem medial das Peritoneum zum Mesosigma vor der Aorta inzidiert wird. Etwa 1 – 2 cm vom Abgang aus der Aorta entfernt unter Mitnahme der Lymphknoten wird die A. mesenterica inferior durchtrennt unter sorgfältiger Beachtung des hier verlaufenden Nervenplexus. Die etwas lateral der Arterie verlaufende V. mesenterica inferior wird am Unterrand des Pankreaskopfes dargestellt und durchtrennt. Dabei wird das Duodenum sorgfältig geschont. Von links lateral wird nun ins kleine Becken präpariert werden, indem das Beckenbodenperitoneum an der peritonealen Umschlagsfalte durchtrennt wird. Sodann wird in die mesorektale Verschiebeschicht eingegangen. Es erfolgt die Ablösung unter vollständigem Erhalt des Mesorektums von der präsakralen Faszie und die langstreckige Präparation des rechten und linken N. hypogastricus. Linksseitig Darstellung des Ureters. Die Präparation wird sodann dorsal, rechts lateral und abschließend ventral komplettiert. Nach Komplettierung der mesorektalen Präparation in der Tiefe ist, wird mit dem Contourstapler unterhalb des Tumors auf Puborectalishöhe abgesetzt. Nach dem Absetzen wird die Vollständigkeit des Mesorektums überprüft. Anschließend wird das Mesenterium am Übergang zwischen Kolon descendens und Sigma durchtrennt und

das Präparat mit einem Linearcutter abgestapelt. Nach Kürzen des zuführenden Darmanteils bis zu einem exzellent durchbluteten Abschnitt, wird der Darm hier durchtrennt und die Gegendruckplatte eines 31er Rundklammernahtgeräts mit einer Prolene-Tabaksbeutelnaht eingeknotet.

2 cm aboral des Staplerkopfes erfolgt die Herstellung eines Pouches mit Längskolotomie über 12 cm und anschließender fortlaufender überwendlicher Naht von der Mitte zu beiden Seiten fortlaufend. Der Coloplasty Pouch wird hier gewählt aufgrund des sehr engen Beckens. Nach digitaler Dehnung des Sphinkters erfolgt transanal die Herstellung der Anastomose. Mit dem Klammernahtgerät wird transanal eingegangen und der innenliegende Dorn durch den Rektumstumpf, der zuvor abgestapelt worden war, herausgedreht. Die Gegendruckplatte, die in das Kolon descendens eingeknotet worden ist, wird aufgesetzt, das Gerät geschlossen und die Anastomose durch Auslösen des Staplers hergestellt. Das Rundklammernahtgerät wird anschließend transanal entfernt und die Vollständigkeit der beiden Anastomosenringe überprüft. Die Ringe sind vollständig.

Zur Überprüfung der Anastomose wird transanal rektoskopiert und gleichzeitig abdominell das Becken mit Wasser aufgefüllt. Die intraoperative Rektoskopie ergibt eine gute Schleimhautdurchblutung und Durchgängigkeit, keine Insuffizienzhinweise. Nach Luftinsufflation transanal steigt keine Luft auf. Nach Spülung der Bauchhöhle und Drainageneinlage ins kleine Becken wird noch ein protektives doppelläufiges Ileostoma transrektal rechtsseitig angelegt.

Verschluss der Bauchdecke fortlaufender Schlingennaht. Subkutannaht, Klammern der Haut und Kompressionsverband.