

Deutsch

Portal

Journals

Meetings

Reports

DGCH 2008

About DGCH 2008

Contact

Imprint



## 125. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

22. - 25.04.2008, Berlin

Article

Overview

Search in DGCH 2008

### Article

XML version

Send article

### Search Medline for

Wullstein C &gt;&gt;

Woeste G &gt;&gt;

Strey C &gt;&gt;

Bechstein WO &gt;&gt;

### Meeting Abstract

## Laparoskopische Gastrektomie

- C. Wullstein** - Klinik für Allgemein- und Gefäßchirurgie, Klinikum der J.W.Goethe-Universität Frankfurt a.M.
- G. Woeste** - Klinik für Allgemein- und Gefäßchirurgie, Klinikum der J.W.Goethe-Universität Frankfurt a.M.
- C. Strey** - Klinik für Allgemein- und Gefäßchirurgie, Klinikum der J.W.Goethe-Universität Frankfurt a.M.
- W.O. Bechstein** - Klinik für Allgemein- und Gefäßchirurgie, Klinikum der J.W.Goethe-Universität Frankfurt a.M.

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. 125. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Berlin, 22.-25.04.2008. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2008. Doc08dgch9204

The electronic version of this article is the complete one and can be found online at: <http://www.egms.de/en/meetings/dgch2008/08dgch223.shtml>

Published: April 16, 2008

© 2008 Wullstein et al.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.en>). You are free: to Share – to copy, distribute and transmit the work, provided the original author and source are credited.

### Outline

Top

Text

### Text

**Einleitung:** Obwohl laparoskopische, resezierende Verfahren am Magen als atypische Wedge-Resektionen weitgehend etabliert sind, werden formale Magenresektionen eher selten laparoskopisch durchgeführt. Die Gründe sind die Komplexität formaler, laparoskopischer Magenresektionen und die Seltenheit geeigneter Indikationen. Das Video zeigt eine Gastrektomie bei einem pT2a Magenkarzinom.

**Material und Methoden:** Die Operation erfolgt in „Liegestuhl-Lagerung“. Die Trokarplatzierung entspricht weitgehend der einer Fundoplikatio. Zunächst wird das Omentum majus vom Colon transversum abgelöst und die große Krümmung und der Fundus mittels Ultraschalldissektion mobilisiert. Nach Lösen der retrogastralen Verklebungen wird das postpylorische Duodenum mobilisiert und mit dem GIA abgesetzt. Die Lymphadenektomie im Lig. Hepatoduodenale erfolgt von lateral nach medial, wobei die A.gastrica dexter abgesetzt wird. Lymphadenektomie kranial der A.lienalis und

radikuläres Absetzen der A.gastrica sin. Nach Mobilisierung des distalen Ösophagus offenes Absetzen desselben und Einküpfen eine 25mm Andruckplatte. Durchtrennen des Jejunums und Mesojejunums ca. 40 cm aboral von Treitz. Der Zirkularstapler wird durch eine Erweiterung der Trokarinzision im linken Oberbauch eingeführt und dann laparoskopisch die Krückstock-Anastomose gestaplet. Der Krückstock wird mit dem Linearstapler verschlossen und die Dichtigkeit mittels Methylenblauinstillation geprüft. Dann wird die erweiterte Trokarinzision zur Minilaparotomie erweitert und das Resektat geborgen, die Y-Roux-Anastomose erfolgt offen durch die Mini-Laparotomie.

**Ergebnisse:** Die OP-Zeit der gezeigten OP betrug 270 min., der intraoperative Blutverlust 40 ml. Der postoperative Verlauf war komplikationslos, die postoperative Verweildauer betrug 8 Tage. Histologisch zeigte sich ein Siegelringkarzinom des Magens pT2a, pN0 (0/21) M0 G3 R0.

**Schlussfolgerung:** Das Video demonstriert, dass die laparoskopische Gastrektomie mit guter Übersicht sicher durchführbar ist.