

¹Anhang 2- 34 (abteilungsinterne) Leitlinien der Allgemeinchirurgischen Abteilung

H. Wiesinger

Ambulanz

OP Termine

- OP Termine werden ausschließlich in der Ambulanz durch die Ambulanzschwester vergeben
- Patienten mit Zuweisung zu einem elektiven Eingriff sollten unbedingt ambulant vorstellig werden (Ausnahme: Diagnose vom niedergelassenen Facharzt, weite Anfahrtswege)
- der Ambulanzzarzt hat die vom einweisenden Arzt gestellte Diagnose zu bestätigen, einen Kurzbefund zu diktieren und eventuell erforderliche Zusatzbefunde bzw. –untersuchungen festzulegen
- der Kurzbefund ist dem Patienten mitzugeben
- Untersuchungen sind zu koordinieren bzw. zu terminisieren (z.B. CT, MRT Termine etc.)
- Terminvergabe und notwendige Vor- oder Zusatzuntersuchungen (auswärts) werden schriftlich auf der Ambulanzkarte vermerkt
- der Patient ist in der Narkoseambulanz vorzustellen, von dort vorgegebene Befunde sind zu erheben (Terminkoordination)

Patientenaufnahme

Allgemeine Aufnahmeleitlinie

Die Mitarbeiter der Abteilung stellen sich bei der Ankunft von Patienten, Angehörigen und Besuchern auf höfliche Art, mit Namen und Funktion vor, um zur leichteren Orientierung beizutragen. Dieses Vorgehen gilt für alle Arten von Aufnahmen. In dringenden Fällen erfolgt die Aufnahme zur medizinischen Behandlung sofort.

Für jeden Patienten die Patientenakte anzulegen.

¹ Kapitel 34, Anhang 2

Version 1.0

Stand 09/2006

- Inhalt der Patientenakte
 - Anamnese
 - Risikoeinschätzung
 - Allergien
 - Medikamentenunverträglichkeit
 - Ernährungsstatus
 - psychischer Status
 - funktioneller Status
 - Status praesen
 - Decursus morbi
 - Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Medikation (die Dokumentation der Medikation erfolgt mit Art, Dosis, Verabreichungsform, Applikationszeit und Handzeichen). Die Fähigkeit der Patienten ihre Medikamente selbständig und verantwortungsbewusst einzunehmen, wird in der Patientenakte festgehalten.
 - sonstige angeordnete und erbrachte wesentliche Leistungen, insbesondere pflegerische, ggf. psychologische bzw. psychotherapeutische Betreuung sowie medizinisch-technische Leistungen
 - wesentlicher Inhalt der ärztlichen Aufklärung

Alle Einträge sind mit Datum, Uhrzeit und Namen (zumindest Handzeichen) zu versehen.

AufnahmeprocEDURE

- orientierende Begutachtung innerhalb von 15-30min, innerhalb von 60min Verständigung und Beziehung des Facharztes
- notwendige Erstdiagnostik vom Arzt festlegen (nach Alter und Krankheitsbild)
- Ersttherapie einleiten
- Arbeitsdiagnose im PATIDOK® festlegen
- Erstellen eines Therapie- und Untersuchungsplanes
- abzeichnen der Visite (bei unverändertem Zustand des Patienten durch die Abkürzung idem, bei verändertem Zustandsbild durch eine Beschreibung)
- Verordnungen und Maßnahmen sind nachvollziehbar darzustellen

Aufnahme von Notfallpatienten

- Ankündigung des Patienten per Telefon auf Anweisung des Notarztes
- Übernahme des Patienten sofort durch DGKS/DGKP, Turnusarzt und Facharzt
- Weitere Vorgehensweise wie in der allgemeinen Aufnahmeleitlinie

Zusätzlich zur allgemeinen Aufnahmeleitlinie und der Aufnahmeleitlinie für Notfallpatienten sind bei der Patientenaufnahme an der Allgemeinchirurgischen Abteilung die im Folgenden angeführten Punkte zu beachten bzw. Maßnahmen durchzuführen:

- Anamnese, Status (siehe Leitlinie Aufnahmezustand)
- EKG

- Blutabnahme (Chirurgieblock)
- Anforderungen an das ZRI bzw. Konsiliaranforderungen an andere Abteilungen erstellen
- Termine für Röntgenuntersuchungen Fixieren und auf dem Fieberblatt vermerken
- für geplante Operationen:
 - Thrombozytenaggregationshemmer (ThromboASS® etc.) muss eine Woche vor Aufnahme abgesetzt werden
 - Lungenröntgen ab dem 50.Lebensjahr
 - interne Operationsfreigabe ab dem 60.Lebensjahr
 - Kinder bis zum 15.Lebensjahr Aufnahme auf der Kinder-Abteilung
 - Operationsaufklärung² (bei Akutfällen) mittels DIOMED® Aufklärungsbögen, sonstige Aufklärung auf der Station
 - für jede Untersuchung mit Kontrastmittel (CT, Urogramm, Phlebographie) TSH und Kreatinin
 - erforderliche Sonographien zum Aufnahmezeitpunkt durchführen

Patientenaufnahme an Sonn- und Feiertagen (geplante Elektiveingriffe)

- alle Untersuchungen erfolgen ambulant an den normalen Arbeitstagen vor dem geplanten Aufnahmetag
- das Krankenblatt («Fieberkurve») mit sämtlichen Befunden erhält die Station am Freitag vor dem zur Aufnahme geplanten Sonntag bzw. am Vortag des Feiertages, sodass die Patienten in der Unfall Aufnahme nur mehr administrativ aufgenommen werden müssen

Routineprogramm für gängige Krankheitsbilder

Appendizitis

- Labor
 - Chirurgieblock
 - β -HCG bei Frauen
 - Harnstatus
- gynäkologischer Konsiliarbefund bei Relevanz
- Sonographie Abdomen

Cholelithiasis

- Labor
 - Chirurgieblock + Gesamtbilirubin

² s. Aufklärung

- Sonographie
- Gastroskopie
- bei Verdacht auf Choledocholithiasis (Leberparametererhöhung) MR-Cholangiographie bzw. ERCP

Kolorektale Chirurgie

- Labor
 - Chirurgie-Block + CEA + CA 19-9
 - Blutgruppe
 - Blutkonserven laut Anordnung
- Koloskopie bzw. Rektoskopie (obligat beim Rektumkarzinom zur Bestimmung des genauen Abstand Tumor-Anukutanlinie). Becken (siehe Leitlinie Rektumkarzinom)
- rektale Untersuchung
- CT - Abdomen
- beim Rektumkarzinom zusätzlich MRT kleines Becken (s. a. Leitlinie Rektumkarzinom)

GERD

- s. a. eigene Leitlinie

Ambulanzzeiten

Allgemeine Ambulanz:

- Montag bis Donnerstag 8.00Uhr –15.00Uhr, Freitag 8.00-12.00Uhr, Akutfälle jederzeit
- Montag bis Freitag:15.00Uhr-7.00Uhr werden die (Akut-) Aufnahmen in der unfallchirurgischen Ambulanz durchgeführt
- Samstag, Sonntag, Feiertag: 7.00Uhr-7.00Uhr werden die (Akut-) Aufnahmen in der unfallchirurgischen Ambulanz durchgeführt

Adipositasambulanz :

- Montag 12.30Uhr-13.30Uhr (nur nach telefonischer Voranmeldung –DW 2801)

Gefäßambulanz:

- Dienstag, Donnerstag: 12.00Uhr -14.00Uhr
- Mittwoch: 10.00Uhr-12.00Uhr
- Donnerstag: 12.00Uhr -14.00Uhr

Onkologieambulanz:

- Donnerstag: 9.00Uhr -11.00Uhr

Anmerkung:

Patienten mit onkologischen Erkrankungen müssen vor der stationären Entlassung in der chirurgischen Ambulanz mit der Ambulanzschwester den 1. Kontrolltermin direkt vereinbaren!

Mammaambulanz

- Freitag 9.00Uhr 11.00Uhr (nur nach telefonischer Vereinbarung –DW 2801)

Kolo-Proktologieambulanz

- Donnerstag: 13.00Uhr -14.00Uhr (nur nach telefonischer Voranmeldung –DW 2801)

Anmerkung:

Die zuständigen Fach- bzw. Assistenzärzte müssen bei ev. zeitlichen Verspätungen die Ambulanzschwester rechtzeitig verständigen, damit die Patienten informiert werden können.

Neuzugänge auf der Station

Der Patient kommt in der Regel aus der Aufnahme mit angelegter Krankenakte, abgenommenem Blut und einem EKG, sowie mit Anweisungen über noch zu erfolgenden Untersuchungen. Es unterscheiden sich hier wie bei der Aufnahme, der zur geplanten OP aufgenommene Patient, in der Folge «geplante Zugang» und der nicht geplant aufgenommene, der so genannte «akute Zugang».

Der «geplante» Zugang

1. Auf der Station ist in der Fieberkurve der Aufnahmegrund (warum, wieso wird der Patient aufgenommen) und welche Untersuchungen noch durchzuführen sind mit Datum, Uhrzeit, Handzeichen zu vermerken.
2. Hier sind nur mehr, wenn überhaupt, solche Untersuchungen durchzuführen die der Patient nicht bereits auswärts, wie in der Ambulanz vorgeschrieben, eingeholt und mitgebracht hat. Untersuchungen müssen über den Ordnerschirm im Patidoc® vom Turnusarzt geordert werden.
3. Gespräch mit dem jeweilig zuständigen visitierenden Facharzt. Nochmalige Untersuchung und nach Durchsicht der Unterlagen Festlegen des Operationszeitpunktes sowie der Operationsmethode. Dies wird dem Patienten mitgeteilt und entsprechen erfolgt die Aufklärung. Eventuell auch noch Festlegen notwendiger Voruntersuchungen.
4. Vorbereitung des Patienten auf die geplante Operation nach den entsprechenden Richtlinien.

Alle Zugänge werden bei der Indikationsbesprechung (14.00Uhr) nochmals mit ihren Erkrankungen und den geplanten weiteren Vorgehen, welches vom visitierenden Facharzt festgelegt wurde, vorgestellt und evaluiert. Hier können sich im Fo-

rum noch Änderungen ergeben. Die sich aus der Besprechung ergebenden ev. Änderungen werden anschließend noch angeordnet, bzw. entsprechende Patientengespräche geführt.

Der «akute» Zugang

1. Der Patient kommt mit angelegter Krankenakte, abgenommenem Blut und einem geschriebenen EKG auf die Station. Der Patient wurde bereits in der Aufnahme von einem Facharzt untersucht und dort ein orientierender Ultraschall durchgeführt.
2. Nochmalige Untersuchung vom stationsführenden Facharzt und Anmeldung von akut oder dringlich durchzuführenden Untersuchungen, oder es wird, wenn notwendig, die sofortige Operation geplant und mit dem Anästhesisten besprochen. Notwendige Operationen, die sich erst aus folgenden Untersuchungen ergeben, werden ebenfalls mit dem Anästhesisten besprochen und je nach Dringlichkeit geplant. Außerhalb der Kerndienstzeit betrifft das obige Vorgehen den diensthabenden Facharzt.
3. Der Informationsfluß bei jeder nicht elektiv durchgeführten OP:
 - Rücksprache mit dem zuständigen Anästhesisten Tel.: 3601.
 - Anmeldung der OP unter Bekanntgabe der genauen OP Zeit der/dem diensthabenden OP-Schwester/Pfleger unter Tel.: 3847.
 - Generell werden Operationen erst nach ausführlicher Besprechung mit dem Patienten, oder, wenn notwendig mit Angehörigen und entsprechender Aufklärung, durchgeführt. Ausgenommen sind hier nur die Zeit limitierende vitale Bedrohung.

Leitlinie Krankengeschichte

Die Krankengeschichte muss laut §34 K-KAO (1) enthalten:

- Anamnese
- Status praesens
- Dekursus morbi
- Art und Umfang der beratenden diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Medikation
- sonstige angeordnete und erbrachte wesentliche Leistungen, insbesondere pflegerische, psychologische bzw. psychotherapeutische Betreuung sowie medizinisch technische Leistungen
- wesentlicher Inhalt der ärztlichen Aufklärung (DIOMED® Aufklärungsbogen)
- Risikoerfassung (Allergie, Ernährungszustand, etc.)
- nachvollziehbare Dokumentation der Medikation (die Fähigkeit der Patienten ihre Medikamente selbständig und verantwortungsbewusst einzunehmen, wird vom Facharzt beurteilt und in der Krankengeschichte festgehalten)
- **Zustand des Patienten bei der Entlassung aus der Krankenanstalt**

Anmerkung

Alle Einträge (Anordnungen, Medikationen und Dekurse) sind mit Datum, Uhrzeit und Namen (Handzeichen) zu versehen und nachvollziehbar darzustellen

Leitlinie Krankenblatt («Fieberkurve»)

Bei der Aufnahme ist, außer bei ambulanten Patienten, ausnahmslos eine Krankenakte («Fieberkurve») anzulegen.

Folgende wichtige Informationen sind durch die Anamnese zu erheben und auf der Kurve einzutragen:

- Einträge durch den Arzt
 - einweisender Arzt, Hausarzt
 - Einweisungsdiagnose
 - Größe und Gewicht (BMI)
 - Allergien und sonstige Risikofaktore
 - Die Fachdiagnose ist erst einzuschreiben nachdem sie durch Untersuchungen oder eine Operation verifiziert wurde. Im Falle eines vorerst unklaren Befundes kann die Verdachtsdiagnose klein ins Feld «Fachdiagnosen» eingetragen werden.
 - etwaige relevante Nebendiagnosen
 - Anordnungen wie gewünschte Laborparameter oder den gewünschten Laborblock
 - durchzuführende Untersuchungen
 - Kostform
 - durchzuführende pflegerische Maßnahmen (z.B. Einlauf)
 - Verordnete Medikationen mit genauer Angabe der Verabreichungsform, Menge bzw. Dosis und Verabreichungszeit sowie Verabreichungszahl. Die verordnete Medikation ist mit Handzeichen des anordnen Arztes in der jeweiligen Zeile zu bestätigen.
 - ein kurzer Aufnahmestatus ist auf der Rückseite der Fieberkurve in die Spalte «Dekurs» einzutragen und abzuzeichnen (Datum, Uhrzeit, Handzeichen)
- Einträge durch die Pflege
 - Blutdruck, Puls und Temperatur
 - Gewicht und Größe, wenn schon nicht vom Arzt erhoben.
 - Stuhlverhalten
 - Drainagemenge
 - Venenverweilkanülen mit Datum und Lokalisation

Alle weiteren Eintragungen ergeben sich im Verlauf des stationären Aufenthaltes

- Operationen mit Chirurg und Datum des Eingriffes
- Medikationsänderungen
- weitere Anordnungen
- durchgeführte Untersuchungen

Leitlinie Arztbrief

Bei Entlassung ist bei jeden Patienten am Vortag bzw. am Entlassungstag ein Arztbrief zu schreiben. Der Arztbrief muss folgende Punkte enthalten:

- Name des Empfängers (Hausarzt bzw. zuweisender Arzt)

- Datum
- Patientenname und Geburtsdatum
- Zuständige Ärztin/zuständiger Arzt (Name des stationsführenden Facharztes bzw. Assistenten)
- Telefonnummer der jeweiligen Station (A, B, E, Klasse-Station)
- Hauptdiagnose(n) (Eintrag der Diagnosen von der Krankengeschichte in richtiger Reihenfolge)
- Zusatzdiagnose(n)
- diagnostische und therapeutische Eingriffe
- alle relevanten Untersuchungen und alle Operationen (inklusive Operationsdatum)
- Therapieempfehlung

Anmerkung:

Es sollen nur die Medikamente bzw. therapeutischen Maßnahmen eingetragen werden, die bei der aktuellen Behandlung bzw. beim aktuellen Aufenthalt empfohlen werden, ansonsten muss «Medikation wie bereits eingeleitet» geschrieben werden.

- weitere Empfehlungen, diese Angaben sind in der Patientenakte vom stationsführenden Facharzt bzw. Assistenten entsprechend markiert.
- Allgemeinzustand des Patienten bei der Entlassung
- jeder Arztbrief ist vom Fach- oder Assistenzarzt **bevor** er dem Patienten übergeben wird auf etwaige Fehler zu kontrollieren!!!

Anmerkung:

Bei Unklarheiten muss der stationsführende Facharzt bzw. Assistent kontaktiert werden, weiters sind bei jedem Arztbrief zwei Aufenthaltsbestätigungen ohne Diagnosen mitauszudrucken.

Beispiele für Arztbriefe

(KURZ)ARZTBRIEF: Vorlage

Herrn /Frau
 Dr. NNN
 Straße
 PLZ Ort

Datum : TT/MM/JJJJ

(KURZ)ARZTBRIEF

Patient / Patientin: NNN
 Geb. am: TT/MM/JJJJ

Ambulante/Stationäre Behandlung von: TT/MM/JJJJ bis TT/MM/JJJJ

zuständige Ärztin / zuständiger Arzt: nnn Tel. Nr.:

Einweisungsdiagnose bzw. Grund der Aufnahme:

| | |
|---|------------------|
| Hauptdiagnose: | ICD-10 Nummer |
| Zusatzdiagnosen Wichtige diagnostische bzw. therapeutische Einriffe: | ICPM Code |

VERLAUF (fakultativ)
 diverse mögliche Textbausteine

Befunde (fakultativ)

Therapieempfehlung:

(ihr Hausarzt kann ein Medikament mit demselben Wirkstoff aber einen anderen Namen verschreiben)

Weitere Empfehlungen:

Verhaltensmaßregeln nach jeweiligen Eingriff (z. B. Ernährung, körperliche Tätigkeiten etc), Info über die Grunderkrankung (ist der Patient z.B. bei Malignomen über die Diagnose aufgeklärt...)

Operierte Patienten:

Beim Auftreten von Veränderungen im Wundbereich, wie plötzliches Anschwellen, Überwärmung und oder Rötung, Schmerzen, zunehmender Sekretion oder Auseinanderklaffen der Wundränder sowie beim Auftreten von Allgemeinsymptomen wie Fieber und oder Schüttelfrost ist unverzüglich die chirurgische Ambulanz aufzusuchen.

Dies wurde mit dem Patienten vor der Entlassung bereits besprochen.

Allgemeinzustand bei der Entlassung

Angabe über den physischen und psychischen Status

Mit freundlichen Grüßen

Ausführlicher Arztbrief folgt: ja nein

Prim. FA NNN / TA NNN

ARZTBRIEF: Beispiel Rektumkarzinom

Herrn /Frau
Dr. NN
Straße
PLZ Ort

Datum : TT/MM/JJJJ

Patient / Patientin: NN

Geb. am: TT/MM/JJJJ

Ambulante/Stationäre Behandlung von: TT/MM/JJJJ bis TT/MM/JJJJ

zuständige Ärztin / zuständiger Arzt: NN Tel. Nr.:

| | |
|---|------------------|
| Hauptdiagnose: Karzinom mit Lokalisation und -pTNM-Stadium, Grading und R-Klassifikation | ICD-10 Nummer |
| Zusatzdiagnosen: Wichtige diagnostische bzw. therapeutische Einriffe: Operationsverfahren und Datum, ggf. Vorbehandlung: | ICPM Code |

VERLAUF

Auch Besonderheiten im Verlauf des stat. Aufenthaltes sollten nur unter folgenden Gesichtspunkten angegeben werden: Wenn sich daraus Konsequenzen ergeben für weitere Diagnostik /Therapie, welche evtl. auch nach dem stat. Aufenthalt noch durchgeführt werden kann oder muss. Wenn sich für den weiterbehandelnden Arzt vorerst zwar keine Konsequenzen ergeben, jedoch die Weitergabe der Information insofern sinnvoll ist, um ein «abgerundetes Bild» vom Patienten zu erhalten.

Befunde (fakultativ)

präoperatives Staging (Endoskopie, Sonographie, CT, MRT, Tumormarker)

Bei präoperativer Vorbehandlung oder Abweichung vom Standardvorgehen sollte das prätherapeutische klinische TNM Stadium detailliert beschrieben werden.

Ggf. sollten ergänzende präoperative Untersuchungen oder pathologische Befunde der Routineuntersuchungen erwähnt werden

HISTOLOGIE

pTNM, Anzahl untersuchter u. befallener LK, G, histologischer Typ, R-Klassifikation

...differenziertes ...Karzinom mit/ohne Infiltration... und tumorfreien Resektionsrändern. Von ... untersuchten Lymphknoten waren ... metastatisch befallen. pT..., pN (.../...), pM..., G..., R..., UICC-Stadium...□

Therapieempfehlung:

(ihr Hausarzt kann ein Medikament mit demselben Wirkstoff aber einen anderen Namen verschreiben)

Weitere Empfehlungen:

Ev. NACHBEHANDLUNG

Begründung der Wahl der jeweiligen Therapieform: Geplante Therapie, Therapeut und Therapiebeginn angeben

Zusätzliche oder abweichende therapeutische Maßnahmen:

Jede, vom Standard abweichende oder zusätzliche therapeutische Maßnahme sollte im Arztbrief mit der entsprechenden Begründung unbedingt erwähnt werden.

Dies gilt natürlich auch bei Verzicht auf standardisierte Therapien.

Allgemeinzustand bei der Entlassung:

– Körperliches Allgemeinbefinden

- Psychische Situation
- Aufklärung der Patientin/des Patienten
- Nachsorgekalender
- Medikation bei Entlassung
- Vermerk über Teilnahme der Pat. an der Feldstudie/Studien
Arbeitsunfähigkeit oder Notwendigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen

Mit freundlichen Grüßen

Prim. NNN FA NNN / TA NNN

Leitlinie für Turnusärzte (TA)

Allgemeines

Ausbildungsziele sind die Grundprinzipien der Allgemein- und Gefäßchirurgie

- chirurgische Anamnese
- Erheben eines allgemeinchirurgischen/gefäßchirurgischen Status
- welche Untersuchungsmethoden wann und bei welchen Symptomen
- Einblick in Operationstechniken (Anwesenheit im OP als Assistenz oder Zuschauer erwünscht)
- Durchführung kleinchirurgischer Eingriffe unter fachärztlicher Assistenz

Stationen

Es soll erlernt werden:

- präoperativ notwendige Untersuchungen (allgemein oder für spezielle Eingriffe)
- postoperative Therapiestrategien bei Routineverlauf oder kompliziertem Verlauf

Die genauen Lernziele sind im Rasterzeugnis definiert, die Erfüllung wird im Zuge der Ausbildung überprüft.

Tagesablauf

7.00Uhr Besprechung, Seminarraum Allgemeinchirurgie

- Vorkommnisse im Nachtdienst
- Zugänge
- durchgeführte Operationen
- Probleme bei Patienten
- Änderungen des OP Programms

Anmerkung:

Es ist erwünscht Fragen zu stellen, eigene Gedanken, Therapieansätze oder Erfahrungen einzubringen und zu diskutieren

Anschließend Morgenvisiten auf Station A, B, E, Klassestation. Die Visite wird auf der Station A (Gefäßbereich) und B (allgemeiner Bereich) in zwei Gruppen geteilt, der sich jeweils ein TA anzuschließen hat

Ablauf der Visite:

- Abfrage des AZ des Patienten
- Kontrolle des Lokalbefundes (Wundverhältnisse, klin. Untersuchung) je nach Beschwerden bzw. Operation
- Verbandwechsel

Anmerkung: (Streifenwechsel nach Inzisionen)

1. der postoperative Streifenwechsel bzw. die Streifenentfernung ist in den Räumlichkeiten der Ambulanz durchzuführen
 2. dem Patienten wird lt. Anordnung des durchführenden Arztes eine Prämedikation entsprechend der Verträglichkeit und dem Zeitpunkt der Durchführung an der Station verabreicht
 3. der Hin und Rücktransport erfolgt nach entsprechender Order sowie nach den Richtlinien der Prämedikationsüberwachung
- bei am gleichen Tag geplanten Operationen bei nicht eindeutigem OP Gebiet Hautmarkierung (z.B. Hernie- re?, lí?)
 - Kontrolle der Medikation, Laborparameter und Befunde
 - Anordnung weiterer Untersuchungen
 - Anordnung von pflegerischen und physiotherapeutischen Maßnahmen
 - Aufklärung des Patienten über das geplante weitere Vorgehen, geplante Untersuchungen oder notwendiger Operationen
 - bei geplanter Entlassung Information über Entlassung und weiterer poststationärer Maßnahmen

8.00Uhr nach der Visite begeben sich die wöchentlich festgelegten Assistenzen (Anzahl siehe OP Plan, als TA markiert) in den OP, ein TA begibt sich in die Allgemeinchirurgische Ambulanz, der Rest ist für die Stationsarbeit zuständig. Auch in der gefäßchirurgischen Ambulanz ist die Anwesenheit eines TA erwünscht, da die Möglichkeit besteht klinische und angiologische Untersuchungsmethoden bei Gefäßpatienten zu erlernen. Nach Möglichkeit sollte ein TA eine Station besetzen, sollte dies aus Personalgründen nicht möglich sein, müssen mehrere Stationen betreut werden. Blutabnahmen und die Verabreichungen von Antibiotika sind dabei vorrangig zu behandeln.

14.00Uhr Indikationsbesprechung

- Vorstellung der Zugänge
- Besprechung komplexer Fälle
- definitive Besprechung des OP Planes für den Folgetag
- Allfälliges, organisatorisches

Anmerkung:

Es ist erwünscht Fragen zu stellen, eigene Gedanken, Therapieansätze oder Erfahrungen einzubringen und zu diskutieren. Es ist nämlich auffällig, dass die Besprechung zu wenig zum diskutieren und Fragen stellen genutzt wird, obwohl klar ist, dass nicht immer alles klar sein kann

- nach der Besprechung Erledigung der noch anstehenden Arbeiten, bzw. bei der Indikationsbesprechung getroffenen Anordnungen

Anmerkung:

Verabreichung der parenteralen Medikamente (Antibiotika etc.) mit gleichzeitiger Kontrolle der Venenverweilkanülen, die bei Notwendigkeit gewechselt werden sollen, da ansonsten der Wechsel um Mitternacht erfolgen muss, was weder für Patienten noch Ärzte angenehm ist

15.00Uhr Ende der Kerndienstzeit.

Anmerkung:

Vorverlegung der Indikationsbesprechung bedeutet nicht Verkürzung der Kerndienstzeit, genauso muss, sollte eine Arbeit nicht bis 15.00 erledigt sein diese, auch wenn sie über die Kerndienstzeit hinaus dauert von dem der sie begonnen hat beendet werden.

Dienstbetrieb

Eigentlicher Dienst (Nachtdienst)

07.00Uhr bis 08.00Uhr nächster Tag

Anmerkung:

Ein Dienst darf erst ab dem zweiten Ausbildungsmonat geleistet werden.

- außerhalb der Kerndienstzeit werden die Zugänge im zweiten Untersuchungsraum der Unfallchirurgie Erstaufnahme untersucht
- durchzuführende Maßnahmen bei der Erstuntersuchung (siehe auch Aufnahmeleitlinie)
- Erheben eines Aufnahmestatus nach Aufnahmestatus Vorlage
 - Blutabnahme
 - Schreiben eines EKG
 - Verständigung des Facharztes
 - Verlegen des Patienten auf die Station

Anmerkung:

Bei klarer Diagnose und Indikation kann die OP-Aufklärung schon in der Aufnahme durchgeführt werden. Bei gefäßchirurgischen Zugängen ist, je nach Relevanz, außerhalb der Kerndienstzeit der diensthabende Gefäßchirurg anzurufen (dies gilt auch bei Problemen von stationären Patienten des gefäßchirurgischen Bereiches).

sogeannter «long day»

- Dienstzeit 07.00Uhr bis 20.00Uhr
- 20.00Uhr bis 7.00Uhr muss die telefonische Erreichbarkeit (für evt. Assistenzen im OP) gegeben sein [außer es ist ein Überdienst (Primararzt) am Dienstplan angeführt)

Aufklärungsgespräche

zu den geplanten Operationen werden standardisiert nach dem DIOMED® Aufklärungsbögen durchgeführt. Die vorgesehene Operation und allfällige Komplikationen dabei müssen dem TA bekannt sein, bei Unklarheiten ist auf jedem Fall der zuständige Facharzt zu kontaktieren. Die Aufklärungsbögen werden nach erfolgter Aufklärung vom zuständigen Facharzt auf Vollständigkeit kontrolliert und gegengezeichnet.

Fortbildung

Fortbildungen zu den verschiedenen Themen werden in regelmäßigen Abständen angeboten, die Termine werden durch die Turnusarztvertretung bekanntgegeben.

Tätigkeiten im OP

- Operationssäle sind der OP III und OP IV sowie OP VI (Gefäßchirurgie, HNO)
- bei Operationen mit ev. notwendigen Gefrierschnitt (z.B. Struma, Mamma), muss die Anforderung an die Pathologie vor OP Beginn geschrieben sein, die Telefonnummer des Operateurs ist anzuführen, weiters das Institut für Pathologie telefonisch zu verständigen.
- nach der Operation ist in der Krankengeschichte, die aktuelle Diagnose, durchgeführte Operation, Name des Operateurs und Operationsdatum einzutragen
- der durchgeführte Eingriff ist im OP-Buch zu dokumentieren

Anmerkung:

Bei Unklarheiten und Fragen muss mit dem Operateur Rücksprache gehalten werden.

Aufnahmestatus (Diktatvorlage)

Die im Folgenden angeführten Punkte müssen erhoben werden. Sind für den einzelnen Patienten Punkte nicht relevant, so sind diese Abschnitte ebenfalls z.B. mit der Formulierung «keine» oder «nicht erhebbar» zu bezeichnen (leer = nicht beachtet!!).

Der Aufnahmestatus muss folgende Punkte enthalten:

- einweisender Arzt
- Hausarzt
- Einweisungsdiagnose
- relevante Vorerkrankungen bzw. Voroperationen
- Allergien
- Risikofaktoren
- Medikation
- Familienanamnese
- derzeitige Erkrankung bzw. Beschwerden (Beginndauer, Intensität, Lokalisation)
- allgemeine Befindlichkeiten (Gewichtsunregelmäßigkeiten, Stuhl- und Miktionsverhalten, bei Frauen Regel-Anamnese)
- Patienten-Status
 - Allgemeinzustand, Ernährungszustand³
 - Beurteilung der einzelnen Organsysteme (Caput, Collum, Thorax, Herz, Abdomen, Hautzustand, Gefäßstatus, Extremitätenstatus, grob neurologischer Status und psychischer Status⁴)
 - geplantes weiteres Vorgehen bzw. erste Maßnahmen
- Name des Untersuchers

³ eigenes Formular

⁴ eigenes Formular

5Aufklärung

Chirurgie Info C46

Entfernung der [REDACTED]

Bitte vor dem Aufklärungsgespräch lesen!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

die Untersuchungen haben ergeben, dass

- Gallensteine
- eine akute Entzündung der Gallenblase
- vorliegt / vorliegt

Die Gallenblase ist ein Organ der Leber (vgl. Abb. 1 + 2). Sie speichert die von der Leber gebildete Gallenflüssigkeit, die durch den Gallengang über einen zum Bauchspeicheldrüsengang gemeinsamen Mündungsdüfung (Vater'scher Papille) in den Zwölffingerdarm fließt. Die Gallenblase ist wichtig für die Fettverdauung, die Gallenblase selbst ist erblindet.




Abb. 1

Krankheitsfolgen und -gefahren

In der Gallenblase liegende Steine können die Gallenblasenwand schädigen und zur Entzündung führen.

Ein akuter Durchbruch (Perforation) mit anschließender Bauchfellentzündung (eigige Peritonitis) ist möglich.

Häufiger ist die chronisch vererbende Entzündung (Schwammgallenblase), bei der das Risiko für die Entstehung eines Gallenblasenkrebses erhöht sein dürfte. Verklumpen sich Steine im Ausführgang der Gallenblase, so kann die Galle nicht mehr abfließen. Ödemen die Steine in das Hauptgallengang, können sie die Gallenflüssigkeit verstopfen und eine Gelbsucht hervorzurufen (Ikterus).

Wenden Steine an der Vater'schen Papille (vgl. Abb. 2) angelagert, kann dies eine unter Umständen lebensbedrohliche Bauchspeicheldrüsenerkrankung (akute Pankreatitis) hervorzurufen.

Die (eigige) akute Gallenblasenentzündung ohne Steinnachweis neigt zum raschen Durchbruch mit nachfolgender lebensgefährlicher eitriger Bauchfellentzündung (Peritonitis). Hier muss meist rasch operiert werden.

diese aufklärungsbögen existieren für alle eingriffe




Abb. 2

© Diomed-Aufklärungsbögen - 1000 - Ergänzt zum Standardband der Deutschen Chirurgie v. B. Hirschingen, Prof. W. Haffner, Prof. K. Ullmann (Herausgeber), Prof. W. Hirschingen, Prof. L. Loh, Prof. J. S. Siewert, Prof. W. Haffner, Hirschingen, Jäger, Ullmann, Georg Thieme Verlag Stuttgart 2007. Art. der Leber 10. CE 07001 Standard - Steine (10 00 00) 04.20.0 - Steine (10 00 00) 04.20.00

Abb. 1. Diomed® Aufklärungsbogen (Teil)

⁵ Stand bis 2000, ab diesem Zeitpunkt Aufklärung nach den DIOMED® Aufklärungsbögen (s. Grafik)

Im Zusammenhang mit Schadensersatzprozessen gegen Ärzte ergibt sich die Einsicht, dass immer öfter die Frage nach der ärztlichen Aufklärungspflicht des Patienten eine Rolle spielt. Dabei zeigt sich, dass es kaum gesetzliche, sondern nur judizielle Richtlinien für die Aufklärung gibt. Im Gegensatz zu Deutschland wird in Österreich eine strafrechtliche Verfolgung bei mangelnder Aufklärung «nur» nach § 110 StGB (Eigenmächtige Heilbehandlung) und nicht als Körperverletzungsdelikt durchgeführt.

In zivilrechtlicher Hinsicht haftet der Arzt allerdings bei nichtadäquater Aufklärung auch dann, wenn er den Eingriff *lege artis* durchgeführt hat, für den daraus resultierenden Schaden. **Als einzige Entlastungsmöglichkeit obliegt dem Arzt der Beweis, dass der Patient auch bei genügender Aufklärung dem Eingriff zugestimmt hat.**

Leitsätze für die Aufklärung

- **Aufklärung über Risiken und Komplikationen**
Auf typische Gefahren (z.B. Wundinfektion, Thrombose, Embolie) eines Eingriffes ist hinzuweisen. Operationsspezifische Komplikationsmöglichkeiten sind aufzuklären. Nach der Rechtsprechung ist auch auf Risiken von unter 1% hinzuweisen, wenn es sich um schwere Folgen handelt.
- **Umfang der Aufklärung**
Je dringlicher und je notwendiger der medizinische Eingriff, desto weniger ausführlich muss die Aufklärung sein- und umgekehrt. In Notfällen ist keine Aufklärung notwendig. Dient jedoch der Eingriff nicht unmittelbar der Heilung oder Rettung des Patienten (z.B. kosmetische Eingriffe), so sind an das Ausmaß der Aufklärung besonders strenge Anforderungen gebunden. Es besteht aber nicht die Verpflichtung, auf alle nur denkbaren nachteiligen Folgen hinzuweisen. Die Judikatur geht davon aus, dass häufige Komplikationen mitzuteilen sind.
- **Persönlichkeitsstruktur und Verfassung des Patienten**
Die Art und das Ausmaß der Aufklärung müssen immer auf den einzelnen Patienten abgestimmt werden. Insbesondere ist der Patient so aufzuklären, dass er erkennen kann, worin er überhaupt einwilligen soll. Es ist auf die psychische Verfassung, auf das Bildungsniveau und den Grad der Verständigung Bedacht zu nehmen.
- **Aufklärungspflicht - Aufklärungsverzicht**
Die Aufklärungspflicht besteht nur dem Patienten gegenüber, anderen Personen gegenüber besteht Schweigepflicht. Der Arzt hat in einem Gespräch in der Regel die Art der Erkrankung, die Art des Eingriffes, die Gefährlichkeit des Eingriffes, mögliche und spätere Komplikationen und Misserfolge, die Dringlichkeit des Eingriffes, die Vorteile des Eingriffes und die Nachteile, falls ein Eingriff unterbleibt, dem Patienten zu erklären. Davon sind jedoch Ausnahmen möglich, wenn der Arzt in einem Gespräch den Eindruck gewinnt, dass der Patient ängstlich oder labil erscheint und eine umfassende Erklärung letztlich dem Wohl des Patienten schaden könnte. Oberstes Gebot bleibt immer: «Die Aufklärung darf den Heilzweck nicht vereiteln.»
- **Behandlung von Minderjährigen**
Bei minderjährigen Patienten ist immer der gesetzliche Vertreter (Eltern) aufzuklären. Als minderjährig gilt der Patient laut KAG bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Daneben verlangt jedoch die Rechtsprechung auch die Aufklärung

des Minderjährigen selbst, denn auch seine Zustimmung ist erforderlich, falls er bereits aufgrund seiner Einsichtfähigkeit die Tragweite des Eingriffes erkennen kann. In der Praxis empfiehlt sich sowohl die Aufklärung des minderjährigen Patienten, als auch die der Eltern. (Unterschrift der Eltern bzw. Sorgeberechtigten!)

– **Aufklärung bei Arbeitsteilung**

Zur Aufklärung verpflichtet ist der behandelnde Arzt, im Sinne der Arbeitsteilung ist aber auch eine stufenweise Aufklärung durch andere Ärzte möglich. Der den Eingriff vornehmende Chirurg hat sich zu vergewissern, dass der Patient adäquat aufgeklärt wurde, (wird durch die Stufenaufklärung durchgeführt und dokumentiert)

– **Aufklärung über Blutkonserven**

Es liegen noch keine eindeutigen Empfehlungen in dieser Richtung vor. Es gibt elektive Operationen, bei denen auf Grund des Eingriffes primär die Bereitstellung von Blutkonserven gefordert ist. Prinzipiell wird die Gabe von Blutprodukten einschließlich Konserven nur durchgeführt, wenn dies medizinisch wirklich notwendig ist. Es sollte aufgeklärt werden, dass Konserven für den Notfall bereitstehen, jedoch die Verwendung immer seltener notwendig ist. Alle Konserven sind genauestens ausgetestet. Das Restrisiko einer Infektion ist sehr gering (HIV in Österreich 1: 1000.000).

– **Formularmäßige Einwilligung**

Eine bloß formularmäßige Aufklärung ohne erläuterndes Gespräch gilt nicht als Aufklärung. Das Aufklärungsgespräch ist von Gesetzes wegen nicht schriftlich festzuhalten. Aus Beweisgründen ist die erfolgte Aufklärung jedoch entsprechend zu dokumentieren! (siehe entsprechende Aufklärungsbögen mit Unterschrift des Patienten).

Basisformular

Sehr geehrte Frau, sehr geehrter Herr

Sie sind Patient(in) an der Allgemeinchirurgischen Abteilung und es ist bei Ihnen ein(e).....als geplante Behandlung vorgesehen.

Sie werden in einem Aufklärungsgespräch über die Erkrankung, über die Art, Bedeutung sowie in Frage kommenden nachteiligen Folgen und Risiken der Behandlungsmethode aufgeklärt.

Bei jedem Eingriff können in einem gewissen Prozentsatz Komplikationen auftreten.

Diese können ganz allgemeiner Art wie

- BLUTERGUß, NACHBLUTUNG
- WUNDINFEKTION
- NARBENBRUCH
- ABSZESS, HÄMATOM OPERATIONSGBIET
- THROMBOSEN, THROMBO-EMBOLISCHE KOMPLIKATIONEN

sein.

Zur Behebung dieser ev. Komplikationen können neuerliche operative Eingriffe notwendig sein.

Besondere Umstände, die erst während des Eingriffes festgestellt werden, können zu einer Änderung oder Erweiterung der Operation zwingen.

Frau/Herr Dr. hat mich in einem persönlichen Gespräch über die bei mir geplante Operation mit den ev. Komplikationsmöglichkeiten aufgeklärt. Auch wurde darauf hingewiesen, dass besondere Umstände eine Änderung oder gelegentliche Erweiterung des Eingriffes bedingen können.

Ich habe die Aufklärung verstanden und bin mit dem Eingriff einverstanden. Ich fühle mich ausreichend aufgeklärt und habe keine weiteren Fragen.

ANMERKUNGEN / ERGÄNZUNGEN:

Datum..... Unterschrift des Arztes:

Aufklärung kontrolliert (Facharzt, Operateur):

Unterschrift des Patienten bzw. der(s) Sorgeberechtigten:

AUFKLÄRUNGS- INFORMATIONSBLETTBLATT GALLE/GALLENWEGESCHIRURGIE

DIAGNOSTIK PRÄOPERATIV

- LABOR, EKG, THORAX-RÖ, SONOGRAPHIE (Abdomen)
- GASTROSKOPIE oder MAGENRÖNTGEN
- je nach Klinik oder Labor: MR CHOLANGIOGRAPHIE, ERCP, KOLOSKOPIE

EINGRIFF(E)

- LAPAROSKOPISCHE CHOLEZYSTEKTOMIE
minimal invasiver Eingriff, rasche Mobilisierbarkeit, geringer Wundschmerz, gutes kosmetisches Ergebnis, kurze Rekonvaleszenz mit früher normaler physischer Aktivität)
intraoperative Konversion zur offenen Cholezystektomie 4-8%, Ursachen: sehr starke Entzündungszeichen, unklare anatomische Verhältnisse, Verwachsungen, Voroperationen, instabiles Pneumoperitoneum, Narkoseprobleme)
- KONVENTIONELLE CHOLEZYSTEKTOMIE:
 - PRIMÄR bei Hinweis auf eine Choledocholithiasis (wenn eine ERCP nicht möglich oder erfolgreich ist), bei hohem kardio-respiratorischem Narkose-Risiko, gelegentlich bei akuter Cholezystitis
 - SEKUNDÄR Konversion von LCHE → CHE
- T-DRAINAGE- wann →
- SUPRADUODENALE CHOLEDOCHOTOMIE zur Gallengangsrevision, ev. kombiniert mit
- TRANSDUODENALER PAPILLOTOMIE (Choledocholithiasis, Mirizzisyndrom, Papillenstenose) RÖ-Kontrolle 5-6. postoperativer Tag, Entfernung 10.-11. Tag
- BILIODIGESTIVE ANASTOMOSE
bei distaler Gallengangsstenose je gl. Dignität
bei Komplikationsoperationen

KOMPLIKATION(EN)

- ALLGEMEIN
s. allgemeines Aufklärungs-Informationsblatt
- SPEZIELL
 - Verletzung des Gallenganges!! Risiko bei LCHE höher!! unbedingt aufklären!!
 - Gallefistel mit galliger Peritonitis
 - Nachblutung im Operationsgebiet
 - Verletzung abdomineller Organe (Darmverletzungen)
 - subphrenische oder subhepatische Abszessbildung
 - nicht erkennbare Choledocholithiasis (postop. ERCP!!)
 - Verletzung großer Gefäße (Aorta, A. iliaca)
- THERAPIE KOMPLIKATION
 - konservativ, durch Drainagen -auch Sonographie- bzw. CT gestützt

- chirurgische Revision (Reoperation)
- ev. Notwendigkeit einer **BILIODIGESTIVEN ANASTOMOSE**

KRANKENHAUSAUFENTHALT

- 4-5 Tage postop. bei LCHE
- 7-8 Tage postop. bei KCHE

ANMERKUNGEN, ERGÄNZUNGEN

AUFKLÄRUNGS- INFORMATIONSBLETT HERNIENCHIRURGIE

DIAGNOSTIK PRÄOPERATIV

- LABOR, EKG, THORAX-RÖ, SONOGRAPHIE (Abdomen), INTERNE OP TAUGLICHKEIT
- KOLOSKOPIE bei Stuhlnregelmäßigkeiten

KOMPLIKATION(EN)

- Nachblutung 0,1-6,9 % (im Mittel 3%)
- Serome, Hämatome
- vorübergehende Harnverhaltung 5-30%
- Wundinfektionen 0,3-5,6%
- Netzinfection
- Frührezidiv
- Fadenfistel 1%
- Thrombose- Embolie (Phrophylaxe wird durchgeführt)
- Hodenatrophie 0-5%
- Hernienrezidiv 0,2-2,8% (im Mittel 1%)
- Neuralgie inguinal
- Rerezidiv nach Zweit und Mehrfacheingriffen 3-6%
- Ileus

Zur Behebung dieser Komplikation können neuerliche operative Eingriffe notwendig sein.

MOBILISIERUNG

- am Op Tag, spätestens nach 24h (Regionalanaästhesie)

KRANKENHAUSAUFENTHALT

4-8 Tage postoperativ

EINGRIFF(E)

- **Bruchlückenverschluß unter Spannung** bei
 - Inguinalhernien
 - SHOULDICE
immer, außer bei Kindern, Standardeingriff
 - in LOKALANÄSTHESIE, der Vorteil liegt in der raschen postoperativen Mobilisierung und der Vermeidung des Narkoserisikos
 - in (EPIDURAL-)SPINALANÄSTHESIE postoperativ 24h Bettruhe, ev. Kopfschmerz
 - in ALLGEMEINNARKOSE möglich, postoperativ ev. etwas schmerzhafter, ev. längere körperliche Schonung, kein Fremdmaterial
 - Umbilikal-, Supraumbilikal- oder Narbenhernien (unkompliziert)
 - **Bruchlückenverschluß ohne Spannung** [immer Fremdmaterial (Spätfolgen?, Netzinfection), ev. weniger schmerzhaft, ev. frühere Belastbarkeit] bei
 - Inguinalhernien
 - LICHTENSTEIN
immer, außer bei Kindern, Standardeingriff
 - in LOKALANÄSTHESIE, der Vorteil liegt in der raschen postoperativen Mobilisierung und der Vermeidung des Narkoserisikos
 - in (EPIDURAL-)SPINALANÄSTHESIE postoperativ 24h Bettruhe, ev. Kopfschmerz
 - in ALLGEMEINNARKOSE möglich
 - TAPP LAPAROSKOPISCH
nicht bei Frauen, Kindern, im Pensionsalter, bevorzugte Methode bei Schwerarbeitern, Extremsportlern, beidseitigen (Rezidiv)hernien (außer TAPP Rezidiven)
 - Immer in ALLGEMEINNARKOSE, Eröffnung der Bauchhöhle mit den entsprechenden Komplikationsmöglichkeiten -Trokareinstichkomplikationen (Gefäß-, Hohlorganverletzung)
 - allen anderen Hernien
INLAY-ONLAY (SUBLAY) Netzplastik bei Narbenhernien (Rezidiv)

ARBEITSFÄHIGKEIT

nach ungefähr 4 Wochen

SPORT

frühestens 4-6 Wochen postoperativ, Leistungssport nach 3 Monaten

ANMERKUNGEN, ERGÄNZUNGEN

AUFKLÄRUNGS- INFORMATIONSBLETT MAGENCHIRURGIE

DIAGNOSTIK PRÄOPERATIV

- LABOR, EKG, THORAX-RÖ, SONOGRAPHIE (Abdomen)
- GASTROSKOPIE (Lokalisation), HISTOLOGIE (Lauren-klassifikation ist für das Ausmaß der Operation- Resektionsabstände, bedeutungsvoll, Computertomographie)
- INTERNE BEGUTACHTUNG, Lungenfunktion- fakultativ (nach AZ), BK auskreuzen

EINGRIFF(E)

- BENIGNE ERKRANKUNGEN
 - THERAPIERESISTENTE REFLUXOESOPHAGITIS: Fundoplikatio (Nissen), Gastropexie, auch laparoskopisch, limitierte Kardiaresektion mit Dünndarmin-terponat (Merendino)
 - UNKOMPLIZIERTES ULKUS VENTRIKULI: Distale Magenresektion nach Billroth I oder II
 - UNKOMPLIZIERTES ULKUS DUODENI: Vagotomie [selektiv proximale Vagotomie (SPV)], Pyloroplastik fakultativ, distale Resektion nach B I, II
 - GASTRODUODENALE BLUTUNG: Resektion nach B I, II, Gastrotomie mit Umstechung, Ligatur der A. gastrica sin, Duodenotomie mit Umstechung, extraluminal Umstechung der A. gastroduodenalis
 - ULKUSPERFORATION : Excision+Übernähung (auch laparoskopisch), Resektion nach B I, II
- MALIGNER ERKRANKUNGEN
 - diagnostische Laparoskopie zur Evaluierung einer neoadjuvanten Therapie u./od. Ausschluss einer Peritonealkarzinose
 - KARDIAKARZINOM: erweiterte abdominothorakale bzw. transhiatale Oesophagektomie mit Magenhochzug oder Koloninterposition
 - MAGENKARZINOM: Subtotale Resektion und D1, D2 Lymphadenektomie (Karzinome in den distalen 2/3 des Magens und intestinaler Typ), Gastrektomie und D1, D2 Lymphadenektomie (bei proximalen und multizentrischen Karzinomen), Abdominal erweiterte Gastrektomie, Pankreaslinksresektion, Splenektomie, D3 Lymphadenektomie

KOMPLIKATION(EN)

- ALLGEMEIN (s. allgemeines Aufklärungsblatt)
 - zentralvenöser Katheter, Periduralkatheter– Anästhesieaufklärung!!, Blasen- katheter, ev. Cystofix®

Besondere Umstände, die erst während des Eingriffes festgestellt werden, können zu einer Änderung oder Erweiterung der Operation zwingen.

- SPEZIELL
 - Insuffizienz der oesophagoenteralen Anastomose
 - Insuffizienz der gastroenteralen Anastomose
 - Duodenalstumpfsuffizienz
 - Paralyse oder mechanischer Dünndarmileus
 - Pankreatitis (sehr selten)
 - Sepsis –Intensivtherapie- Beatmung (ev.Tracheotomie), Hämofiltration,
 - respiratorische Insuffizienz, Pneumonie, Beatmung (Tracheotomie)

Zur Behebung dieser Komplikation können neuerliche operative Eingriffe notwendig sein.

NACHSORGE POSTOPERATIV

- operative Intensivstation
- 4-5 Tage parenteraler Flüssigkeitsersatz langsamer Kostenaufbau (B I, II- 2-3 Tag; Gastrektomie 4-5 Tag)⁶

KRANKENHAUSAUFENTHALT

unauffälliger Verlauf: 14 Tage postoperativ

ANMERKUNGEN, ERGÄNZUNGEN

AUFKLÄRUNGS- INFORMATIONSBLETT KOLOREKTALE CHIRURGIE

DIAGNOSTIK PRAEOPERATIV

- LABOR (inkl. Tumormarker), EKG, THORAX-RÖ., SONOGRAPHIE ABDOMEN
- Rektal-digitale Untersuchung
- REKTO/KOLOSKOPIE (bzgl. weiterer Neoplasien und zur Gewinnung einer Histologie)
- COMPUTERTOMOGRAPHIE
- INTERNE BEGUTACHTUNG (nach AZ), 2-5 BK auskreuzen

EINGRIFF(E) (auch laparoskopisch)

- BENIGNE ERKRANKUNGEN
 - POLYPEN: Segmentresektion, Kolotomie

⁶ S. a. Kap. 7, Fast-Track

- DIVERTIKULITIS: Segmentresektion mit/ohne temporäre Ileo/Kolostomie⁷, Diskontinuitätsresektion nach Hartmann
- MORBUS CROHN: sparsame Resektion je nach intraoperativem Befund
- KOLITIS ULZEROSA: Kolektomie, -Proktokolektomie, mit/ohne Ileumpouch, permanente (temporäre) Ileostomie
- MALIGN ERKRANKUNGEN
 - KOLONKARZINOM: Hemikolektomie rechts (erweitert), Hemikolektomie links, Sigmaresektion
 - REKTUMKARZINOM: Anteriore Rektumresektion [totale mesorektale Exzision (TME) mit/ohne Pouch, mit/ohne **temporärem Stoma**, abdominoperineale Rektumamputation mit endständigem Kolostoma, transanale Karzinomexzision (bei hohem Operationsrisiko und geringer Invasivtiefe pT1

KOMPLIKATION(EN)

- ALLGEMEIN (s. allgemeines Aufklärungsblatt)
zentralvenöser Katheter, Periduralkatheter – Anästhesieaufklärung!!, Blasenkathe-
ter, ev. Cystofix®

Besondere Umstände, die erst während des Eingriffes festgestellt werden, können zu einer Änderung oder Erweiterung der Operation zwingen.

- SPEZIELL
 - Anastomoseninsuffizienz: führt zu umschriebener oder diffuser Peritonitiis
 - Anastomosenfistel
 - Anastomosenstenose: insbesondere bei Maschinenanastomosen
 - Paralyse oder Auftreten einer mechanischen Passagestörung (Adhäsionen)

Nur bei Eingriffen am linken Kolon bzw. Rektum:

- Beeinträchtigung der Potenz
- Störungen der Schließmuskelfunktion der Blase oder des Darmes
- gehäufte Stuhlfrequenz (fehlende Ampulle)
- KOLOSTOMIEKOMPLIKATIONEN
Retraktion, peristomale Abszesse und Phlegmone, Kolostomastenose, Nekrose, Prolaps, Blutung, Fistel, parastomale Hernie, Hauterosionen, Versorgungsprobleme (infolge schlechter Lokalisation des Stomas durch Adipositas, nahegelegener Rippenbogen oder Narbe)

Zur Behebung dieser Komplikation können neuerliche operative Eingriffe [auch Anlage eines Kolostomas (temporär, permanent)] notwendig sein.

VORBEREITUNG PRAEOPERATIV

- FLEET®, REKTOLÖSUNG, ORTHOGRADE DARMSPÜLUNG, -X-PREP® und EINLAUF (bei fehlender Obstruktion und gutem kardio-respiratorischem AZ),
cave: beträchtliche Flüssigkeitsresorption, INFUSIONEN !!
- ANTIBIOTIKAPROPHYLAXE (One shot- oder Kurzprophylaxe)

⁷ s. Leitlinien

- PRÄOPERATIVE STOMAMARKIERUNG (essentiell vor dem geplanten Anlegen eines definitiven Stomas)

NACHSORGE POSTOPERATIV

- operative Intensivstation
- parenteraler Flüssigkeitsersatz, stufenweiser Kostaufbau je nach Klinik
- je nach TNM-Stadium ev. adjuvante Radio-bzw. Chemotherapie
- 1. und 2. Jahr: ambulante Kontrolle 1/4 jährlich, Koloskopie erstmals nach einem Jahr (Rektoskopie bei tiefer Anastomose 1/4 jährlich)
- 3.-5. Jahr: ambulante Kontrolle 1/2 jährlich, Koloskopie in ein bis zweijährlichen Abständen.
- nach dem 5. Jahr: jährliche ambulante Kontrolle, Koloskopie in drei bis fünfjährigen Abständen

PROGNOSE

Die Prognose ist direkt vom Tumorstadium abhängig; d.h. Abwarten des histologischen Befundes (90% 5-Jahresüberlebensrate für Dukes-A Fälle, bis 60% für Dukes-B und bis 30% für Dukes-C)

KRANKENHAUSAUFENTHALT

unauffälliger Verlauf 14 Tage postoperativ

ANMERKUNGEN, ERGÄNZUNGEN

AUFKLÄRUNGS- INFORMATIONSBLETT STRUMACHIRURGIE

DIAGNOSTIK PRAEOPERATIV

- LABOR, EKG, THORAX-RÖ, SONOGRAPHIE (Schilddrüse), INTERNE OP TAUGLICHKEIT (ab 60 Jahren)
- HNO-BEGUTACHTUNG präoperativ bzgl. N. laryngeus rekurrens Parese
- NUKLEARMEDIZINISCHER BEFUND (max. 3 Monate alt)

KOMPLIKATION(EN)

- ALLGEMEIN
 - Wundinfektionen < 1 %
 - Nachblutung
 - Serome

Zur Behebung dieser Komplikation können neuerliche operative Eingriffe notwendig sein.

- SPEZIELL
- Thrombose-Embolie (sehr selten, Prophylaxe wird durchgeführt, Ausnahme: behandelte Hyperthyreose)
- **N. laryngeus rekurrens Parese 0-3%** (abhängig von der Histologie, bzw. ob ein Rezidiveingriff)
 - bei Erstoperationen 1-2%
 - bei Karzinomen 7-8% (2-3% bereits präoperativ)
 - bei Rezidiveingriffen 10-15%
 - innerhalb von 3-6 Monaten bildet sich ein Drittel vollkommen zurück. Ein weiteres Drittel wird durch das andere Stimmband kompensiert, sodass keine merkliche Störung resultiert. Äußerst selten kommt es zu
- **beidseitigen N. laryngeus rekurrens Paresen**, kann eine Tracheotomie notwendig machen (nur bei besonderer OP Indikation aufzuklären z.B. bei vorbestehender einseitige Parese nach Erstoperation), kann auch zu schweren Schluckstörungen führen
- **Hypoparathyreoidismus permanent**
 - bei Erstoperationen <0,5%
 - bei Rezidiveingriffen ~ 2%
 - eine Behandlung erfolgt durch lebenslange Therapie mit Vit. D oder AT 10
- **Hypoparathyreoidismus passager**
häufiger, bedarf aber keiner besonderen Therapie (außer ev. orale Calciumgabe)

EINGRIFF(E)

abhängig vom nuklearmedizinischen Befund
funktionskritische (nur patholog. Gewebe entfernen)

- STRUMARESEKTION (enbloc)
- SUBTOTALE STRUMARESEKTION (enbloc)
- NEARLY TOTAL RESECTION (NTR) (bei Basedow)
- LOBEKTOMIE bzw. THYREOIDEKTOMIE

Besondere Umstände, die erst während des Eingriffes festgestellt werden, können zu einer Änderung oder Erweiterung der Operation zwingen.

MOBILISIERUNG

ab Operationstag

KRANKENHAUSAUFENTHALT

4-6 Tage postop. (am 4. Tag Entfernung der Intrakutannaht)

ANMERKUNGEN, ERGÄNZUNGEN

AUFKLÄRUNGS – INFORMATIONSBLETT APPENDIX

PRÄOPERATIVE DIAGNOSTIK

- LABOR, EKG, THORAX-RÖ, SONOGRAPHIE (Abdomen)

Bei unklarer Diagnose

- gynäkologischer Befund
- Computertomographie (ältere Patienten)
- KOLOSKOPIE bei Stuhlnunregelmäßigkeiten

EINGRIFF(E)

- KONVENTIONELLE APPEKDEKTOMIE
Standardeingriff bei klarer Diagnose
- PELVISOPIE + APPEKDEKTOMIE LAPAROSKOPISCH
Standardeingriff bei chronisch rezidivierenden Unterbauchschmerzen
- Meckel Divertikel
soll bei Kindern und jungen Patienten abgetragen werden

KOMPLIKATIONSMÖGLICHKEITEN

- ALLGEMEIN (s. allgemeines Aufklärungsblatt)

Besondere Umstände, die erst während des Eingriffes festgestellt werden, können zu einer Änderung oder Erweiterung der Operation zwingen. (Darmresektion)

- SPEZIELL
 - Abszess Operationsgebiet (Stumpfinsuffizienz)
 - Ileus postoperativ, auch nach Jahrenbei laparoskopischer Operation
 - Trokareinstichkomplikationen (Gefäß-, Hohlorganverletzung)

ANMERKUNGEN, ERGÄNZUNGEN

Operationsberichte (Muster)

1. Cholezystektomie (konventionell), KCHE
2. Cholezystektomie (laparoskopisch), LCHE
3. Nissen Fundoplikatio (laparoskopisch)
4. H.A.L (Hämorrhoidenarterienligatur)
5. Milligan-Morgan
6. CAPD Katheter (Peritonealdialyse)
7. PSK, Appendektomie (laparoskopisch), LAE
8. Gastric Banding (laparoskopisch)
9. Gastrektomie
10. Duodenohepimipankreatektomie (Kausch/Whipple)
11. Hemikolektomie rechts
12. Kolonresektion linksseitig, Rektumresektion (TME)
13. konventionelle Hernienreparation (Shouldice/Lichtenstein)
14. Laparoskopische Hernienreparation, TAPP
15. Strumaresektion

1. Konventionelle Cholezystektomie

OP-Indikation: Cholezystolithiasis

Operation: Konventionelle Cholezystektomie

Fecit: Name Operateur, Assistenz, Narkose, Instrumentar(in)

In Intubationsnarkose Rippenbogenrandschnitt im Bereich des rechten Oberbauches, Eröffnen des Peritoneums, es zeigt sich eine ... entzündlich veränderte Gallenblase mit/ohne Konkremente. Klären der anatomischen Situation im Bereich des Ligamentum hepatoduodenale, Identifizieren des Duktus hepatocholedochus, Darstellen des Duktus cysticus und seine Einmündung in den Duktus hepatocholedochus, Darstellen der A. cystica, Absetzen des Duktus cysticus bzw. der Arterie über Clips und zwar so, dass jeweils zwei Clips an der Einmündung des Duktus cysticus in den Duktus hepatocholedochus bzw. der Arterien-Einmündung in die A. hepatica verbleiben [alternativ (Anstechungs)ligaturen mit Vicryl®...]. Die Gallenblase wird dann subserös aus dem Leberbett präpariert. Nach Wegfall des Präparates Blutstillung am Leberbett, trockene Verhältnisse, keine Drainage, Bauchdeckenverschluss in Schichten und fortlaufender Naht mit Vicryl® ... , Hautverschluss mit Klammern.

Präparat: (Stein-)Gallenblase

Diktiert: Operateur/Sekretärin

2. Laparoskopische Cholezystektomie

Operationsindikation: symptomatische Cholezystolithiasis

Operation: laparoskopische Cholezystektomie

Fecit: Name Operateur, Assistenz, Narkose, Instrumentar(in)

In Intubationsnarkose Hautschnitt knapp oberhalb des Nabels. Einstich der Vereskanüle. Nach Überprüfen der korrekten intraabdominellen Lage, Insufflation von CO₂ zum Erzeugen eines Pneumoperitoneums bis auf einen Druck von etwa 12-

15 mm/Hg. Nach Erreichen dieses Druckes Entfernen der Kanüle und Einstechen eines 10mm Optiktrokar und Einführen der 30 Grad Winkeloptik mit aufgesetzter Videokamera. Die zur laparoskopischen Cholezystektomie notwendigen Instrumentiertrokare werden jeweils unter Sicht eingebracht, ein 5mm Trokar in der Medioklavikularlinie rechts unterhalb des Rippenbogens, ein weiterer 5mm Trokar in der vorderen Axillarlinie rechts, etwas unterhalb des ersten Trokar und ein 10mm Trokar unterhalb des linken Rippenbogens.

Bei einem orientierenden Rundblick im Abdomen, soweit laparoskopisch beurteilbar, keine Auffälligkeiten. Die Gallenblase wird mittels arretierbarer Faszange gefasst, der/die Patient(in) entsprechend Antitrendelenburg und links seitlich gelagert. Durch dieses Manöver Exposition des Ligamentum hepatoduodenale und der Gallenblase, sie ist ...entzündlich verändert.

Der Duktus choledochus wird identifiziert. Serosainzision und Präparation des Duktus cystikus und der A. cystika, beide Strukturen werden nach exakter Präparation ihrer Einmündung in den Duktus choledochus bzw. in die A. hepatica mit drei Clips versorgt und durchtrennt und zwar so, dass jeweils zwei Clips am zentralen Cystikus bzw. Cystikastumpf verbleiben, anschließend wird die Gallenblase scharf unter gleichzeitiger Koagulation aus dem Leberbett präpariert und nach voll-ständiger Entfernung vorerst im rechten Hypochondrium deponiert.

Exakte Blutstillung am Leberbett, ausgiebiges Spülen des OP-Gebietes mit physiologischer Kochsalzlösung und Absaugen, bei trockenen, idealen Operationsverhältnissen wird die Gallenblase, nach Umsetzen der Kamera, über die Trokareinstichstelle am Nabel unter geringgradiger Erweiterung der Faszie und des Hautschnittes extrahiert.

Die Trokare werden unter Sicht entfernt, die Faszienlücke am Nabel wird mit einer Vicryl1® Naht verschlossen. An den übrigen Trokareinstichstellen kein Verschluss der Faszie. Hautverschluss sämtlicher Trokareinstichstellen mit Monosov® 4/0 Einzelknopfnähten.

In der aufgeschnittenen Gallenblase ... Konkrement(e).

Präparat: Steingallenblase

Diktiert: Operateur/Sekretärin

3. Nissen Fundoplikatio (laparoskopisch)

Operationsindikation: gastrooesophageale Refluxkrankheit

Operation: laparoskopische Hiatoplastik und Nissen-Fundoplikatio

Fecit: Name Operateur, Assistenz, Narkose, Instrumentar(in)

In Intubationsnarkose Hautschnitt etwa 2 Querfinger links oberhalb des Nabels, Einstechen der Vereskanüle, Nach Überprüfen der korrekten intraabdominellen Lage Insufflation von CO₂ zum Erzeugen eines Pneumoperitoneums bis auf einen Druck von etwa 15mm/Hg, Einbringen eines 12mm Optiktrokar und Einführen der 30 Grad Winkeloptik mit Videokamera. Die zur laparoskopischen Operation notwendigen zusätzlichen Trokare werden unter Sicht eingebracht und zwar ein 10mm Trokar rechts unterhalb des Rippenbogens, etwa im Bereich der Medioklavikularlinie für den Leberretraktor, ein 5mm Trokar unterhalb des Xyphoid und in der Medioklavikularlinie unterhalb des Nabels (fakultativ) und ein 10mm Trokar in der vorderen Axillarlinie links, etwa in Nabelhöhe.

Lagern des Patienten, Exposition des Operationsgebiets, Positionieren des Leberretraktors. Präparation mit dem Ultracission®/LigaSure®). Beginn der Präparation

an der großen Magenkurvatur in Höhe des unteren Milzpol etwa an der Durchblutungsgrenze A. gastroepiploica dext. und sin.. Schrittweise Dissektion des Magenfundus bis zum His'schen Winkel, Darstellen des li. Zwerchfellschenkels. Spalten der Membrana phrenicooesophagea und Auspräparation des oesophagogastralen Überganges aus dem Hiatus Oesophageus, Spalten des kleinen Netzes, Darstellen des rechten Zwerchfellschenkels, Identifizieren des N. vagus und retrogastrische Untertunnelung der Kardial bis zum linken Zwerchfellschenkel, Darstellen der hinteren Zwerchfellschenkelkommissur. Einbringen des Umfahrhakens («Feussner Retraktor») über eine gesonderte Stichinzision im Nabelbereich wodurch beide Zwerchfellschenkel zur Durchführung der Hiatoplastik ideal exponiert werden können. Die Hiatoplastik wird mittels 2(3) nicht resorbierbarer 2/0Nähte mit den EndoStitch® (alternativ Einzelknopfnähte mit nicht resorbierbarem Nahtmaterial und extrakorporale Knotung) angelegt und zwar so, dass ein lockerer Durchtritt des Oesophagus durch den Hiatus resultiert.

Anschließend wird der höchste Punkt des Magenfundus retrogastrisch durchgezogen und eine typische Nissen-Fundoplikatio mittels drei nicht resorbierbarer 2/0-Nähte mit dem EndoStitch® (alternativ Einzelknopfnähte mit nicht resorbierbarem Nahtmaterial und extrakorporale Knotung) angelegt, wobei die mittlere Naht die Vorderwand des Oesophagus mitfasst. Es resultiert eine lockere Fundusmanschette, die für ein 10mm Instrument passierbar ist. Ein dicker Magenschlauch wird vom Anästhesisten zur Überprüfung der Durchgängigkeit eingebracht. Spülen des Operationsgebietes, trockene Verhältnisse, Entfernen der Trokare unter Sicht. Verschluss der Trokareinstichstellen mit Vicryl® 1/0 Hautklammern, Verband.

Diktiert: Operateur/Sekretärin

4. H.A.L (Hämorrhoidenarterienligatur)

Operationsindikation: Hämorrhoiden Grad...

Operation: H.A.L. Hämorrhoidenarterienligatur

Fecit: Name Operateur, Assistenz, Narkose, Instrumentar(in)

In AN Eingehen mit dem Dopplerproktoskop. Unter Ultraschall-Kontrolle werden die zuführenden Hämorrhoidalgefäße in einer Höhe von etwa 8cm umstochen und ligiert. Anzahl der Ligaturen:

Diktiert: Operateur/Sekretärin

5. Hämorrhoidektomie nach der Methode Milligan-Morgan

Operationsindikation: Hämorrhoiden Grad...

Operation: Milligan-Morgan

Fecit: Name Operateur, Assistenz, Narkose, Instrumentar(in)

In Intubationsnarkose und Steinschnittlage werden die ...gradigen Hämorrhoiden bei 7.00, 11.00 und 3.00Uhr in typischer Weise nach der Methode Milligan bis an die Basis gestielt, mit Vicryl® 3/0 (2/0) umstochen (alternativ LigaSure®) und abgetragen. Blutstillung an den Abtragungsstellen, Injektion von 2%igem Xylocain® in die Abtragungsstellen.(fakultativ), Verband

Präparat: Hämorrhoiden

Diktiert: Operateur/Sekretärin

6. CAPD Katheter (Peritonealdialyse)

Operationsindikation: chronisch renale Insuffizienz

Operation: Implantation eines Peritonealdialysekatheters

Fecit: Name Operateur, Assistenz, Narkose, Instrumentar(in)

In Intubationsnarkose und unter einer antibiotischen Kurzprophylaxe mit ...Name Antibiotikum kleine mediane Unterbauchlaparotomie knapp unterhalb des Nabels, exakte Präparation der Bauchdecken, Spalten der Faszie und des Peritoneums.

Anschließend wird ein Peritonealdialysekatheter im kleinen Becken platziert und die Teflonmanschette dicht mit einer fortlaufenden zirkulären Vicryl® 4/0 Naht in das Peritoneum eingenäht, übriger Peritonealverschluss ebenfalls mit einer Vicryl® 4/0 Naht, zusätzlich wird dann die Manschette noch mit einer fortlaufenden zirkulären Vicryl® 4/0 Naht an der Faszie fixiert, Faszienverschluss dann mit Vicryl® 2.

Dann wird ein 5mm Trokar im linken Unterbauch subkutan vorgeschoben und der Katheter vor die Bauchdecken gelagert, die zweite Teflonmanschette wird an der Rektusscheide mit einer Vicryl® 2/0 Naht fixiert, Einlegen eines Redondrains, Probe auf Funktion des Katheters, er weist einen guten Einstrom und auch einen guten Abfluss auf. Hautnaht mit Monosov® 5/0 Nähten, Verband.

Diktiert: Operateur/Sekretärin

7. PSK, Appendektomie laparoskopisch

Operationsindikation: chronisch rezidivierender Unterbauchschmerz rechts

Operation: diagnostische Pelviskopie mit Appendektomie

Fecit: Name Operateur, Assistenz, Narkose, Instrumentar(in)

In AN primär supraumbilikale Inzision. Bei angehobener Bauchdecke und maximaler Relaxierung Einstechen der Veresnadel. Nach überprüfen der korrekten intraabdominellen Lage problemloses Anlegen eines Pneumoperitoneums bis 14mm/Hg Über dieselbe Inzision wird dann der Videotrokar eingebracht. Einführen der Videokamera und Inspektion des Oberbauches, es finden sich unauffällige Verhältnisse.

Unter Sicht wird im rechten Mittelbauch und linken Unterbauch ein weiterer Trokar eingestochen. Nach Lagerung der Patientin Inspektion des inneren Genitales, dieses erscheint unauffällig, ebenso der Kolonrahmen, das Dünndarmkonvolut und die Oberbauchorgane bland. Mit der Faszange Fassen einer chronisch entzündlich veränderten Appendix. An der Basis des Mesenteriolum wird ein Fenster geschaffen, mit dem EndoGIA® (blaues Magazin) Absetzen des Wurmfortsatzes, das Mesenteriolum wird ebenfalls mit dem EndoGIA® (graues Magazin) durchtrennt. Keine Blutung aus den Klammernnahtreihen. Die Appendix wird unter Sicht über den 12mm-Trokar geborgen.

Entfernen der Trokare unter Sicht, Ablassen des Pneumoperitoneums, Fasziennähte an den

12 mm Einstichen, Hautnähte, Verband.

8. Gastric Banding laparoskopisch

Operationsindikation: morbide Adipositas, BMI...

Operation: laparoskopisches Gastric Banding**Fecit:** Name Operateur, Assistenz, Narkose, Instrumentar(in)

In Intubationsnarkose und Steinschnittlage unter einer antibiotischen Kurzprophylaxe mit Augmentin® Stichinzision im linken Oberbauch handbreit unterhalb des Rippenbogens, Einbringen der Vereskanüle. Nach Überprüfen der korrekten intraabdominellen Lage Anlage eines Pneumoperitoneums bis 14mm/Hg. Einbringen eines 12mm Optiktrokar im Bereich des linken Oberbauches, links der Medianen zwischen Sternum und Nabel im oberen Drittel, Einführen der 30 Grad Winkeloptik mit Videokamera, Inspektion des Abdomens, unauffällige Verhältnisse, die Leber vergrößert. Einbringen eines weiteren 12mm Trokar im rechten Oberbauch für den Leberretractor, eines 5mm Trokar unterhalb des Xyphoid, rechts von der Medianlinie und eines 14mm Trokar im linken Oberbauch, rechts vom Optiktrokar. Entsprechendes Lagern des Patienten. Eröffnen des kleinen Netz, in der vorgesehenen Dissektionsebene schrittweise Untertunneln des Oesophagus in Richtung His'schen Winkel, die Zwerchfellschenkel werden jeweils links und rechts identifiziert und von Adhäsionen befreit.

Nach vollständiger Untertunnelung des Oesophagus wird der sogenannte «Goldfinger» (Magen/Oesophagusretractor) kleinkurvaturseits retrogastral in Richtung His'schen Winkel vorgeschoben, bis die Spitze an der großen Krümmung erscheint. Daraufhin Einbringen des Magenbandes (LapBand® oder AMI Band®,) das mit dem Goldfinger konnektiert und retrogastral durchgezogen wird. Konnektieren des Bandes und Fixieren des Bandes mittels dreier nicht resorbierbarer Haltenähte mit dem EndoStitch®, wobei die am weitesten links gelegene Naht am Zwerchfellschenkel links fixiert wird, die beiden anderen Nähte fassen die Oesophagusvorderwand bzw. Teile des rechten Zwerchfellschenkels. Der Schlauch des Magenbandes wird nun über den 14mm Trokar vor die Bauchdecken gebracht. Es wird das Operationsgebiet inspiziert, kein Hinweis auf Blutungen, Ablassen des Pneumoperitoneums, Entfernen der Trokare unter Sicht. Konnektieren des Schlauches des Magenbandes mit dem Port und Fixieren des Portes an der Faszia im Bereich des 5mm Trokars unter der Symphyse, wobei der Hautschnitt auf etwa 5cm erweitert wird (Nahtmaterial Mersilene® 3/0). Blutstillung an den Trokareinstichstellen, Hautverschluss mittels Klammern.

Diktiert: Operateur/Sekretärin

9. Gastrektomie

OP-Indikation: Magenkarzinom**Operation:** Diagnostische Laparoskopie, Gastrektomie, Omentektomie, Lymphknotendissektion Kompartiment I u. II, Oesophagojejunostomie End-Seit in eine nach Roux Y-förmig ausgeschaltete Jejunumschlinge maschinell (Zirkular-Stapler)**Fecit:** Name Operateur, Assistenz, Narkose, Instrumentar(in)

Diagnostische Laparoskopie: In Intubationsnarkose und unter einer antibiotischen Kurzprophylaxe mit ... vorerst diagnostische Laparoskopie zum Ausschluss einer Peritonealkarzinose

Hautschnitt knapp oberhalb des Nabels, Einstechen der Veress-Kanüle, nach Überprüfen der korrekten intraabdominellen Lage Insufflation von CO₂ zum Erzeugen eines Pneumoperitoneums bis auf einen Druck von ...mm Hg, Einbringen eines Optik-Trokars und diagnostische Laparoskopie. Bei der Laparoskopie kein

Hinweis auf eine Peritonealkarzinose, kein Hinweis auf Fernmetastasen, deshalb Indikation zur kurativen Resektion.

Entfernen des Trokars und quere Oberbauchlaparotomie. Nach Eröffnen des Abdomens zeigt sich ein ...Karzinom entsprechend einem T... Tumor, kein Hinweis auf Fernmetastasen, die Leber unauffällig, Duodenum, Dünn- und Dickdarm ohne pathologischen Befund, im kleinen Becken keine Auffälligkeiten, keine Krukenberg-Tumoren, keine Peritonealkarzinose. Geplant ist die onkologiegerechte Gastrektomie und D1, 2 Lymphadenektomie mit Kontinuitätswiederherstellung durch Oesophagojejunostomie End-Seit in eine nach Roux Y-förmig ausgeschaltete Jejunumschlinge.

Vorerst entsprechende Mobilisierungsmanöver: Mobilisieren der rechten und linken Kolonflexur, Mobilisieren des Duodenums nach Kocher.

Abpräparation des großen Netzes vom Querkolon unter Mitnahme des hinteren Blattes der Bursa omentalis. Aufsuchen der A. und V. gastroduodenalis, Absetzen der Arterie und Vene am Gefäßabgang, Versorgen der Gefäße mittels Ansteckungsligaturen (Prolene® 3/0), alternativ Clips.

Dissektion am Ligamentum hepatoduodenale: Aufsuchen der A. hepatica, diese wird angezügelt und entlang der Arterie darstellen der A. gastroduodenalis, Durchtrennen der A. gastrica dextra.

Durch diese Präparationsschritte ist das Duodenum zirkulär freipräpariert. Es wird 2cm postpylorisch mit einem Linearstapler quer abgesetzt.

Weitere Präparation entlang der großen Krümmung, Durchtrennen des Ligamentum gastrolienale im Bereich des Milzhilus, Durchtrennen der Vasa gastrica brevia, darstellen des linken Zwerchfellschenkels und des His'schen Winkels, Spalten der Membrana phrenikoesophagea, Spalten des Omentum minus im Bereich der Pars flaccida lebernahe, darstellen des rechten Zwerchfellschenkels, Auslösen des Oesophagus aus dem Hiatus oesophageus, der Oesophagus wird stumpf unterfahren, der rechte und linke N. vagus werden durchtrennt. Entlang der A. hepatica darstellen des Trunkus coeliacus und der A. lienalis.

Systematische D1, 2 Lymphadenektomie: Absetzen der V. coronaria ventriculi am Pankreasoberrand, Absetzen der A. gastrica sinistra am Abgang aus dem Trunkus coeliacus über Ansteckungsligaturen (Prolene® 3/0), alternativ Clips, sodass das Präparat mitsamt den Lymphknoten nur mehr am Oesophagus fixiert ist.

Es wird dann am Oesophagus eine Tabaksbeutelnahtklammer angelegt, die Tabaksbeutelnaht wird gestochen und das Präparat entfernt. Die Andruckplatte eines ... Zirkularstaplers wird eingebracht und die Tabaksbeutelnaht geknüpft. Spülen des OP-Gebietes mit physiologischer Kochsalz-Lösung und Lavasept®, punktuelle Blutstillung, trockene Verhältnisse.

Rekonstruktion:

Aufsuchen der Flexura duodenojejunalis, Durchtrennen des Jejunums 15cm unterhalb der Flexur mit einem Linearstapler, Skelettieren des Jejunums, um eine entsprechende spannungsfreie Anastomose zu ermöglichen. 60cm weiter unterhalb der Klammernnahtreihe Stichinzision antimesenteriel am Jejunum und nach kurzstreckiger Entfernung der Klammernnahtreihe im Bereich der zuführenden Schlinge Einbringen des Linearstaplers und Anlegen einer typisch maschinellen Seit-Seit, funktionell End-Seit Anastomose. Die Einführungsstelle des Linearstaplers wird mit Vicryl® 4/0-Einzelknopf-Nähten verschlossen (alternativ Handanastomose End-Seit mit Vicryl® 4/0, Nahttechnik an der Hinterwand einreihig allschichtig fortlaufend und an der Vorderwand einreihig allschichtig extramukös fortlaufend).

Die ausgeschaltete 60cm lange Jejunumschlinge wird durch einen Schlitz im Mesokolon transversum in den Oberbauch verlagert. Einbringen des Zirkularstaplers nach Entfernen der Klammernahtreihe, Ausfahren des Zirkularstaplers und Konnektieren mit der Andruckplatte, Stapeln der Anastomose, Entfernen des Staplers. Die am Stapler verbleibenden Anastomosenringe sind komplett. Die Einführungsstelle des Zirkularstaplers wird mit einem Linearstaplermagazin verschlossen.

Abschließend nochmaliges Spülen des OP-Gebietes, trockene Verhältnisse, Einbringen einer ...Drainage Charr. ... durch das Foramen epiploicum. Das Drain kommt etwa in den Bereich des Duodenalstumpfes bzw. der Oesophagojejunostomie zu liegen. Platzieren einer Ernährungssonde durch den Anästhesisten über die Roux'sche Fußpunktanastomose.

Bauchdeckenverschluss durchgreifend und fortlaufend mit einer PDS®-Schlinge, Hautverschluss durch Klammern und situativen Einzelknopfnähten (Monosov® 3/0).

Präparat: Magen mit Lymphknoten D1, 2 und anhaftendem großen Netz bei Magenkarzinom

Diktirt: Operateur/Sekretärin

10. Partielle Duodenohepatektomie (Kausch/Whipple Operation)

OP-Indikation: Raumforderung distaler Choledochus/Pankreaskopf, Papilla Vateri, (un)klarer Dignität

Fecit: Name Operateur, Assistenz, Narkose, Instrumentar(in)

In Intubationsnarkose und unter einer antibiotischen Kurzprophylaxe mit ...großzügiger Rippenbogenrandschnitt rechts mit Verlängerung in den linken Oberbauch. Nach Eröffnen des Abdomens tastet man im Bereich des absteigenden Duodenums eine Raumforderung ausgehend vom ...Pankreaskopf, distalem Duktus Choledochus, Papilla Vateri. Fernmetastasen an der Leber und an den übrigen Abdominalorganen nicht nachweisbar, Magen, Dünn- und Dickdarm unauffällig.

Zur Klärung der Operabilität Mobilisierung der rechten Kolonflexur bzw. des Dünndarmmesenteriums bis an den Pankreasunterrand, Abpräparation der rechten Kolonflexur vom Duodenum, Mobilisieren des Duodenums nach Kocher bis über die Aorta, Eröffnen der Bursa omentalis entlang der V. colica media, Aufsuchen der V. mesenterika superior und Freipräparation des Pankreasunterrandes über der Vene.

Präparation am Ligamentum hepatoduodenale: Freipräparation des Duktus hepatocholedochus, subseröses Ausschälen der Gallenblase vom Fundus her, Durchtrennen der A. cystica und Darstellen des Duktus cysticus und seine Einmündung in den Duktus hepatocholedochus, Identifizieren der A. hepatica, diese wird unterfahren und angeschlungen. Unterfahren des Duktus hepatocholedochus nach Durchtrennen von Gefäßlymphbindegewebe im Bereich des Ligamentum hepatoduodenale und Durchtrennen des Duktus hepaticus knapp an der Einmündung des Duktus cysticus in den Duktus hepatocholedochus, Darstellen der Pfortader. Skelettieren des Magens an der vorgesehenen Resektionslinie im Bereich des Magenantrum/korpus, Durchtrennen der Pars flaccida des Omentum minus und Durchtrennen des Magens mit einem Linearstapler. Entlang der A. hepatica Durchtrennen der A. gastrica dextra, Darstellen der A. gastroduodenalis, die unter-

fahren und am Abgang aus der A. hepatica über Prolene® 3/0-Anstechungsligaturen durchtrennt wird. Weitere Präparation am Pankreasoberrand und vorsichtiges Untertunneln des Pankreas entlang der V. mesenterica superior bzw. der Pfortader. Anlegen von Haltefäden am Pankreas und Durchtrennen des Pankreas links der mesenterikoportalen Ebene.

Abpräparation des Pankreaskopfes von der V. mesenterica superior bzw. von der Pfortader, in den Pankreaskopf einstrahlende Venen werden über Prolene®-4/0-Anstechungsligaturen versorgt. Aufsuchen der Flexura duodenojejunalis, Durchtrennen des Treitz'schen Bandes, Durchtrennen des Jejunums knapp aboralwärts der Flexura duodenojejunalis mit einem Linearstapler und Skelettieren des Jejunums bis an den Processus uncinatus, Durchziehen der skelettieren Jejunumschlinge hinter den mesenterialen Gefäßen nach rechts, sodass das Präparat nur mehr am Mesopankreas hängt. Das Mesopankreas wird dann schrittweise (LigaSure®, Anstechungsligaturen ...) durchtrennt sodass das Präparat enbloc wegfällt.

Spülen des OP-Gebietes, Revision auf Blutungen, trockene Verhältnisse.

Rekonstruktion:

Die mit dem Linearstapler durchtrennte Jejunumschlinge wird retrokolisch in den Oberbauch verlagert. Als erste Anastomose wird eine Pankreatikojejunostomie End-Seit in Mucosa-Duct Technik angelegt.

Der Duktus pankreatikus wird identifiziert, das Jejunum antimesenterieell auf Breite des Pankreasganges eröffnet, Vorlegen der Hinterwandnähte zwischen Pankreas und Jejunum mit PDS® 4/0-Einzelknopfnähten, nach Eröffnen der Mukosa im Bereich des Jejunums, Einführen eines Pankreasschienungsdrains und plazieren in den Pankreasgang bzw. im Jejunum, Ausleiten am Jejunum etwa 10cm unterhalb der geplanten Anastomose, Einnähen des Schienungsdrains im Sinne einer Witzel-Fistel mit Vicryl® 4/0-Einzelknopfnähten. Vorlegen der Hinterwandnähte zwischen dem eröffneten Jejunum und dem Pankreasgang mit PDS® 5/0, Knüpfen der Hinterwandnähte zwischen Jejunum und Pankreas bzw. zwischen eröffneten Jejunum und Pankreasgang, Vorlegen der Nähte zwischen dem eröffneten Jejunum und dem Pankreasgang im Bereich der Anastomosenvorderwand, Knüpfen der Nähte über dem liegenden Schienungsdrain und Komplettieren der Anastomose durch Vorderwandnaht zwischen Jejunum und Pankreasrand. Es resultiert eine spannungsfrei, gut durchblutete, dichte Pankreatikojejunostomie.

(Alternativ Teleskop-Invaginationsanastomose: Die Klammernnaht am Jejunum wird entfernt und der Pankreasschwanz mittels zweier PDS® 3/0-Nähte, die etwa 5cm vom eröffneten Darmlumen aus gestochen werden, in das Jejunum invaginiert. Das Jejunum wird zirkulär an der Pankreasvorder- und hinterfläche mit PDS® 4/0-Einzelknopf-Nähten fixiert, sodass eine dichte, spannungsfreie Invaginationsanastomose resultiert).

25cm weiter distal wird das Jejunum antimesenterieell auf etwa Breite des Duktus hepaticus inzidiert und mit dem Duktus hepaticus Seit-End anastomosiert, Naht der Hinterwand mittels PDS® 5/0-Einzelknopfnähten auf Distanz bzw. fortlaufender Naht. Nach Knüpfen der Hinterwandnaht Einbringen eines T-Rohr's Charr. 2,5 und Herausleiten an der Vorderfläche des Duktus hepaticus. Vorderwandnähte ebenfalls mittels PDS® 5/0-Einzelknopf- bzw. fortlaufender Nahttechnik. Das T-Rohr wird mit einer Vicryl-rapid® 3/0 Naht am Duktus hepaticus fixiert, Spülprobe über das T-Rohr, dichte Verhältnisse an der Anastomose.

25cm weiter distal wird dann das Jejunum radiär inzidiert, ante/retrokolisch hochgezogen und nach Entfernen der Klammernnahtreihe am Magen auf etwa Anastomosenbreite mit dem Magen Seit-End anastomosiert (Crossektion-Technik),

Hinterwand einreihig, allschichtig fortlaufend, Vorderwand einreihig, allschichtig, extramukös fortlaufend mit Vicryl® (Monocryl®) 4/0, auch diese Anastomose lässt sich problemlos anlegen, sie ist spannungsfrei, gut durchblutet und dicht (alternativ: maschinelle Anastomose: 25cm weiter distal wird das Jejunum inzidiert, die Klammernnahtreihe wird kurzstreckig am Magen entfernt, das Jejunum wird antekolisch hochgezogen. In den Magen bzw. in das Jejunum wird jeweils die Branche eines Linearstaplers eingebracht und das Jejunum an die Magenhinterwand maschinell Seit-Seit, funktionell End-End anastomosiert. Die Einführungsstelle des Staplers wird mit einem weiteren Linearstaplermagazin verschlossen. Zu- und abführende Schlinge werden durch eine Braun'sche Enteroanastomose, die in typischer Weise nach dem Rotationsprinzip mit Vicryl® 4/0, (Monocryl®) 4/0, einreihig, allschichtig, extramukös fortlaufend angelegt wird, verbunden. (Alternativ maschinelles Anlegen der Braun'schen Enteroanastomose mit einem Linearstapler). Nach Fertigstellen sämtlicher Kontinuitäten Platzieren einer Ernährungssonde distal der Braun'schen Anastomose in den abführenden Jejunalschenkel, Platzieren einer Magen-Sonde präanastomotisch vor der Gastrojejunostomie, nochmaliges Spülen des OP-Gebietes, trockene Verhältnisse, keine Blutungen, Einbringen eines ... Drains Charr. ... durch das Foramen epiploikum etwa in Nähe der Hepatikojejunostomie bzw. der Pankreatojejunostomie. Bauchdeckenverschluss in Schichten und fortlaufender Naht mit Vicryl® 1 (Peritoneum) und einer PDS® Schlinge (Faszie), Hautverschluss durch Klammern und Nähte.

Präparat: Duodenohepato-pankreatektomie-Präparat nach Whipple bei ... distalen Choledochus-, Pankreaskopf-, Papillen-Karzinom oder Raumforderung unklarer Dignität.

Diktiert: Operateur/Sekretärin

11. Hemikolektomie rechts

Operation: Hemikolektomie rechts

Fecit: Name Operateur, Assistenz, Narkose, Instrumentar(in)

In Intubationsnarkose und unter einer antibiotischen Kurzprophylaxe mit ... quere Unterbauchlaparotomie knapp unterhalb des Nabels, nach Eröffnung des Peritoneums zeigt sich im Bereich des Coekum, Kolon ascendens ein ... Prozess, im übrigen Abdomen keine Auffälligkeiten, die Leber frei von herdförmigen Veränderungen, Magen, Duodenum, Dünn- und übriger Dickdarm, Organe im kleinen Becken ohne pathologischen Befund.

Geplant ist die Hemikolektomie rechts

Mobilisieren des rechten Hemikolons aus den peritonealen Umschlagfalten, Darstellen des rechten Harnleiters, Darstellen des Duodenums, Festlegen der Resektionslinie im Bereich der Einmündungsstelle der A./V. colika media in das Querkolon und im Bereich des terminalen Ileums durch zirkuläre Freipräparation der Kolon- bzw. der Dünndarmserosa, systematische Lymphadenektomie durch Absetzen der A. und V. ileocolica am Abgang aus der A. mesenterika superior bzw. der V. mesenterika superior und Durchtrennen der mesenterialen Gefäße zur vorgesehenen Resektionslinie, Durchtrennen des Querkolons bzw. des Jejunums mit einem Linearstapler. Nach Wegfall des Präparates ausgiebiges Spülen des OP Gebietes, punktuelle Blutstillung.

Rekonstruktion durch eine maschinelle Seit-Seit-, funktionelle End-End Anastomose mit einem Linearstapler. Die Klammernnahtreihe wird am Querkolon bzw. am terminalen Ileum kurzstreckig entfernt und der Linearstapler eingebracht, Stapeln der Anastomose, Überprüfen der Anastomose auf Bluttrockenheit, Verschluss der Einbringungsstelle des Linearstaplers durch ein weiteres Staplermagazin. Die Anastomose lässt sich problemlos anlegen, sie erscheint spannungsfrei, gut durchblutet und dicht. Der Mesenteriumschlitz wird mit Vicryl® 3/0-Einzelknopf-Nähten verschlossen. Bei trockenen Verhältnissen keine Drainage, Bauchdeckenverschluss in Schichten, Peritoneum mit Vicryl® 1 und Faszie mit einer PDS® Schlinge, Hautverschluss mit Klammern und Hautnähten.

Präparat: rechtsseitiges Hemikolektomiepräparat bei ...

Diktiert: Operateur/Sekretärin

12 Resektion linkes Hemikolon- bzw. Rektum

Operation: Hemikolektomie li bzw. Rektumresektion (TME)

Fecit: Name Operateur, Assistenz, Narkose Instrumentar(in)

In Intubationsnarkose und unter einer antibiotischen Kurzprophylaxe mit ... mediane Unterbauchlaparotomie mit Verlängerung kostoumbilical nach links. Nach Eröffnung des Abdomens zeigt sich im Bereich des linken Kolon/Rektum ein ... Prozess. Geplant ist die Hemikolektomie links / Rektumresektion (TME).

Im übrigen Abdomen keine Auffälligkeiten, die Leber frei von Absiedelungen, Magen, Duodenum, Dünn- und übriger Dickdarm ebenfalls ohne pathologischen Befund, keine Karzinosezeichen.

Mobilisieren des linken Hemikolons/Rektum durch Umscheiden der peritonealen Umschlagfalten, entlang der Gerota'schen Fascie, Auslösen der linken Kolonflexur unter Schonung der Milz, Aufsuchen der V. mesenterika inferior am Pankreasunterrand, die Vene wird dort über Anstechungsligatur/Clips abgesetzt. Entlang der Gerota'schen Fascie nach Darstellen des sympathischen bzw. parasympathischen Nervenplexus schrittweise Mobilisierung des linken Kolons/Rektum aus dem kleinen Becken. Die A. mesenterika inferior wird am Abgang aus der Aorta unter Schonung der Nerven über Anstechungsligatur/Clips abgesetzt. Inzision des Beckenperitoneums, Mobilisieren des Rektums unter Mitnahme der mesorektalen Faszie und Durchtrennen der einstrahlenden Gefäße unter Schonung der Nerven bis an den Beckenboden bzw. bis über den tumorösen Prozess distal. Festlegen der Resektionslinie im Bereich des Kolon transversum/linken Hemikolon bzw. am Rektum knapp oberhalb des Beckenbodens, Absetzen des Kolon mit einem Linearstapler, Absetzen des Rektum mit einem Endo-GIA-30® bzw. einem Contour®-Stapler, bei Kolonresektionen Durchführen einer maschinellen Seit-End-Anastomose zwischen Kolon und Rektum (double-stapling-technique), bei Rektumresektion (TME) Durchführen einer Minipouchanastomose zwischen dem Kolon und dem Rektum.

Rekonstruktion bei Kolonresektion:

Entfernen der Klammernnahtreihe am durchtrennten Kolon, Einbringen der Andruckplatte eines ... Zirkularstaplers, Ausleiten des Dornes antimesenterieell und Fixieren der Andruckplatte am Kolon durch eine Tabaksbeutelnaht. Verschluss der Einführungsstelle der Andruckplatte mit einem Linearstapler-Magazin, Vorschieben des Zirkularstaplers von transanal her, entsprechendes Positionieren, Ausfahren des Dornes des Zirkularstaplers und Konnektieren mit der Andruckplatte, Stapeln

der Anastomose, dies gelingt problemlos, die ausgestanzten Anastomosenringe sind komplett, die Anastomose kommt spannungsfrei und gut durchblutet im kleinen Becken zu liegen.

Rekonstruktion bei Rektumresektion:

Konstruktion eines Minipouch mit einem Linearstaplermagazin von etwa 5cm Länge. Es wird 5cm oralwärts der Klammernnahtreihe am Kolon das Kolon inzidiert, ein Linearstapler eingebracht und das Kolon J-förmig Seit-Seit anastomosiert. Anlegen einer Tabaksbeutelnaht an der Einbringungsstelle des Linearstaplers, Einbringen der Andruckplatte eines ...Zirkularstaplers. Nach Knüpfen der Tabaksbeutelnaht Einführen des Zirkularstaplers von transanal her, entsprechendes Positionieren, Ausfahren des Dornes, Konnektieren mit der Andruckplatte und Stapeln der Anastomose. Dies gelingt problemlos, die ausgestanzten Anastomosenringe sind komplett, die Anastomose kommt spannungsfrei, gut durchblutet im kleinen Becken zu liegen.

Temporäre Kolostomie: (bei Kolonresektion fakultativ bei Rektumresektion zwingend vorgeschrieben).

Anlage der Kolostomie:

Im re.Oberbauch, an der präoperativ markierten Stelle, quere Laparotomie, Vorlagern des Kolon transversums über einen Plastikreiter, Eröffnen des Kolon antimesenteriel und Fixieren an der Haut mit mukokutanen Vicryl® 4/0-Nähten.

Bei Kolonresektionen keine Drainage, bei Rektumresektionen Drainage des kleinen Beckens.

Bauchdeckenverschluss durchgreifend und fortlaufend nach der Methode Everett mit einer PDS® Schlinge, Hautverschluss mit Klammern und Nähten.

Präparat: linksseitiges Hemikolektomie/Rektumpräparat, bei ...

Diktiert: Operateur/Sekretärin

13. konventionelle Hernienreparation

Operationsindikation: Hernia inguinalis

Operation: Hernien(Shouldice/Lichtenstein)reparation

Fecit: Name Operateur, Assistenz, Narkose Instrumentar(in)

In Intubationsnarkose Hautschnitt inguinal rechts/links über dem äußeren Leistenring, Durchtrennen der Subkutis und der Kamper'schen Faszie, Darstellen der Externusaponeurose und des äußeren Leistenringes. Spalten der Aponeurose des M. obliquus abdominis externus in den äußeren Leistenring, Luxieren des Samenstranges, Spalten des M. cremaster. Darstellen eines medialen/lateralen Bruchsackes, der Bruchsack wird bei lateralen Hernien bis an den inneren Leistenring dargestellt, der M. cremaster wird reseziert, der Bruchsack eröffnet, torquiert, an der Basis mit Vicryl® 2/0 umstochen und abgetragen. Bei medialen Brüchen Spalten der Faszia transversalis, Eröffnen des Bruchsackes, Abtragen der meist verfetteten Reste und Verschluss des Peritoneums mit fortlaufender Vicryl® 2/0-Naht.

Bruchlückenverschluss dann durch eine Shouldice/Lichtenstein-Reparation

Bei der Shouldice-Reparation wird die Faszia transversalis vom Tuberkulum pubicum bis zu den epigastrischen Gefäßen gespalten und durch Naht der Aponeurose des M. transversus abdominis an das Leistenband mit Prolene® 2/0 fortlaufender Nahttechnik gedoppelt, die Muskulatur des M. obliquus abdominis internus wird mit fortlaufender PDS® 2/0 Naht am Leistenband fixiert.

Bei der Lichtenstein-Reparation wird ein entsprechend zurechtgeschnittenes Netz eingebracht und durch fortlaufende Naht mit PDS® 2/0 am Leistenband fixiert. Fixieren des Netzes an der Aponeurose des M. obliquus abdominis internus mit Vicryl® 3/0-Einzelknopf-Nähten, lateral des Funikulus wird das Netz in sich mit Prolene® 2/0 vernäht, sodass sämtliche Bruchpforten verschlossen sind.

Bei beiden Operations-Techniken wird die Aponeurose des M. obliquus abdominis externus über dem Funikulus mit fortlaufender PDS® 2/0-Naht verschlossen. Naht der Subkutis mit Vicryl® 4/0 und Hautverschluss mit Klammern/Einzelknopf-, fortlaufender-, intrakutaner Naht.

Diktirt: Operateur/Sekretärin

14. Laparoskopische Hernienreparation, TAPP

Operationsindikation: Hernia inguinalis

Operation: laparoskopische Hernienreparation (TAPP)

Fecit: Name Operateur, Assistenz, Narkose, Instrumentar(in)

In Intubationsnarkose und Rückenlage Hautschnitt knapp oberhalb des Nabels, Einstechen der Vereskanüle, nach Überprüfen der korrekten intraabdominellen Lage Insufflation von CO₂ zum Erzeugen eines Pneumoperitoneums bis auf einen Druck von etwa 14mm/Hg, Einbringen eines 10mm Trokars und Einführen der 30 Grad Optik mit Videokamera.

Es zeigt sich eine ... Hernie

Die zur laparoskopischen Hernienreparation notwendigen Instrumentiertrokare, ein 5mm und ein 10mm Trokar rechts und links werden am lateralen Rektusrand, etwa in Nabelhöhe unter Sicht eingebracht.

Entsprechendes Lagern des Patienten Antitrendelenburg, Einstellen der rechten/linken Leistenregion, Inzision des Peritoneums, beginnend an der Plica umbilicalis lateralis oberhalb des Bruchringes und quere Inzision bis 2 Querfinger innerhalb der Spina iliaca anterior superior. Der Bruchsack wird auspräpariert, die Bruchpforten werden exakt dargestellt, Darstellen der Vasa epigastricae, Darstellen des Muskulus rektus, Darstellen des absteigenden Schambeinastes, Darstellen des Duktus deferens und des Funikulus spermaticus durch Abpräparation des Peritoneums. Durch diese Präparationsschritte, die mediale, laterale und femorale Bruchlücke exakt freipräpariert.

Zum Bruchlückenverschluß wird ein 10x15 cm messendes ... Mesh, das lateral etwas abgerundet wird, eingebracht und über den Bruchlücken platziert und mit dem Hernienstapler am Muskulus rektus, medial und lateral der epigastrischen Gefäße, an der Transversusaponeurose und am absteigenden Schambeinast fixiert. Das Netz lässt sich ideal positionieren und auslegen.

Das Peritoneum wird über dem Netz mit einer fortlaufenden, mit Vicryl® Clips arretierten PDS® Naht dicht verschlossen. Bei trockenen, idealen Operationsverhältnissen Entfernen der Trokare, Verschluss der Faszienlücke an den Trokareinstichstellen mit Vicryl® 1 und Hautverschluß mit Monosov®4/0 Einzelknopfnähten.

Diktirt: Operateur/Sekretärin

14. Strumaresektion

Operationsindikation: Struma ...diffusa, nodosa... bds.

Operation: Subtotale Resektion bds. en-bloc

Fecit: Name Operateur, Assistenz, Narkose, Instrumentarin

In Intubationsnarkose Kocher'scher Kragenschnitt, Bildung eines Hautplatysmalappens, Spalten der Faszia colli media quer, Durchtrennen von in der Faszie längsverlaufenden Venen, Spalten der Unterzungenbeinmuskulatur median, Abpräparation der Unterzungenbeinmuskulatur von der Schilddrüsenvorderfläche, Exposition beider Schilddrüsenlappen durch Abschieben der seitlichen Muskulatur Entsprechend dem szintigraphischem Befund zeigt sich eine ... entwickelte Knotenstruma, geplant ist die Schilddrüsenresektion bds. enbloc unter Mitnahme sämtlicher nodöser Veränderungen und Schonung der Epithelkörperchen und des N. laryngeus rekurrens. Weiteres Mobilisieren beider Schilddrüsenlappen durch Durchtrennen der mittleren Schilddrüsenvene bds. Darstellen des Schilddrüsenisthmus an der Vorderfläche der Trachea, der Schilddrüsenisthmus wird durch Freipräparation der Trachealvorderwand kranial und kaudal des Isthmus dargestellt und über der Trachea unterfahren, jedoch nicht durchtrennt. Durchtrennen der oberen Polgefäße rechts in Einzelschritten, Durchtrennen von in den unteren Pol einstrahlenden Gefäßen, Aufsuchen der A. thyroidea inferior am De'Quervain'schen Punkt, dort Ligatur der Arterie, jedoch keine Durchtrennung, Identifizieren des N. laryngeus rekurrens und Dokumentation durch Rekurrensmonitoring. Identifizieren des kaudalen und kranialen Epithelkörperchens und nach vollständiger Mobilisierung des rechten Lappens subtotale Resektion unter Mitnahme sämtlicher nodöser Veränderungen unter Schonung der Epithelkörperchens und des Nerven. Nach Resektion neuerliche Dokumentation der Funktionsfähigkeit des N. laryngeus rekurrens durch Rekurrensmonitoring, Präparation über die Trachea nach links, auch hier Durchtrennen der oberen Polgefäße in Einzelschritten, Durchtrennen von in den unteren Schilddrüsenpol einstrahlenden Gefäßen, Aufsuchen der A. thyroidea inferior am De'Quervain'schen Punkt, Ligatur, jedoch keine Durchtrennung, Aufsuchen des N. laryngeus rekurrens, Dokumentation der Nervenfunktion durch Rekurrensmonitoring. Identifizieren des kranialen und kaudalen Epithelkörperchens und nach vollständiger Exposition des linken Schilddrüsenlappens subtotale Resektion unter Mitnahme sämtlicher nodöser Veränderungen unter Schonung der Epithelkörperchen und des Nerven.

Nach Wegfall des Präparates neuerliche Dokumentation der Nervenfunktion durch Rekurrensmonitoring. Das Präparat kommt zur Gefrierschnitt-Untersuchung, der Befund ergibt ...

Ausgiebiges Spülen des OP-Gebietes mit physiologischer Kochsalzlösung, punktuelle Blutstillung, Abdecken der Resektionsfläche mit zwei Tachosil® Vliese, Überdruckbeatmung, völlig trockene Verhältnisse, Naht der Unterzungenbeinmuskulatur und des Platysmas mit Vicryl® 4/0 fortlaufend, Hautverschluss mit Monosov® 4/0 intrakutan fortlaufend.

Präparat: ... Struma als Gefrierschnitt

Diktiert: Operateur/Sekretärin