

## Operation: Videoassistierte thorakoskopische Thymektomie

### **Diagnose:**

Thymom, bildgebend Masaoka-Typ I

### **Therapie:**

3-Port videoassistierte Thorakoskopie links, Thymektomie, 20-Charr-Thoraxsaugdrainage

### **Anamnese/Indikation:**

Bei der Patientin wurde nebenbefundlich in einer Computertomographie des Thorax anderer Indikation ein Thymom diagnostiziert. Bei bildgebend gut abgekapseltem Tumor wird auf die Punktion verzichtet und die primäre Resektion des Befundes angestrebt.

### **Operationsbericht:**

ITN mit Doppellumen-Tubus, Singleshot-Antibiose mit Cefuroxim 1,5g. 30°-Rechtsseitenlage mit vorgelagertem Arm links und OP-Feldvorbereitung mit sterilem Abwaschen und Abdecken nach Klinikstandard Mediastinalresektion. Auf die Vermeidung lagerungsbedingter Druckschädigungen wird mittels Einsatz von Gelmatten und Lagerungspolstern geachtet. Team-Time-Out.

In Einlungenventilation rechts, Minithorakotomie über 12mm im Bereich der vorderen Axillarlinie im 5. ICR und Einbringen eines 12mm Trokars, Einführen der Kamera. Jetzt unter Sicht Festlegung der 2 weiteren Inzisionen ventral im 5. ICR und 3. ICR vordere Axillarlinie. Anschluss der CO2-Insufflation und Rauchgasabsaugung.

Unter Orientierung entlang der Leitungsstrukturen des N. phrenicus wird die Pleura mediastinalis längs mit der Ultraschallschere inzidiert. Das Konglomerat aus Fettgewebe und Thymusrestkörper wird über den Verlauf des Perikards, teils stumpf, teils mit der Ultraschallschere mobilisiert. Auf diese Weise erfolgt die Präparation von kaudal nach kranial. Nach medial kommt es zu punktuell geringer Eröffnung der Pleura der Gegenseite.

Die kranialen Thymushörner reichen in die obere Thoraxaperatur. Auch hier kann durch stumpfe Präparation unter teilweiser Nutzung der Ultraschallschere zunächst das rechte Horn im Ganzen luxiert werden. Eine versorgene Vene wird unter Setzung von LaproClips reseziert. Auch das linke Horn lässt sich gut darstellen, mit kräftiger Vene die in die V. brachiocephalica drainiert. Diese wird ebenfalls unter Clipsetzung durchtrennt.

Der Thymuskörper ist damit vollständig mobilisiert. Der Thymusrestkörper wird En-Bloc in einen Bergebeutel verbracht. Es findet sich in der Exploration kein verbleibendes Material des Thymus/Fettkörpers. Abschließende Kontrolle auf Hämostase und Einlage einer 24-Ch-Thoraxsaugdrainage über die basale Inzision mit dorsokranialer Ausrichtung. U-Naht zur Fixation und Abdichtung der Thoraxdrainage mit Oer TiCrohn.

Unter abschließender Sichtkontrolle erfolgt die Reventilation der linken Lunge. Diese zeigt sich mit vollständiger Belüftung und Wiederanlegung an die Thoraxwand. Rückzug der Kamera und Verschluss der axillären Inzision mit fortlaufender Muskelnahrt mit Maxon 3-0 und fortlaufender Subkutannaht mit Polysorb 3-0. Klammernaht der Haut. Aseptische Verbände.