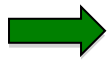




## Trinnvis tilnærming til radikal cancerkirurgi, etter konsensus i nettverk for coloncancerkirurgi i Helse Nord 2018-20.



= enkel del av prosedyrene



= moderat vanskelig/viktig del av prosedyre



= vanskelig/kritisk del av prosedyre

### Sigmoideumreseksjon

1. Pasient leiret med benholdere. Trokarinnngang med visiport i høy medioclavicularlinje noe høyere enn umbilicus alternativt Verres nål under venstre costalbue. Ytterligere en 12 mm i høy fossa, og en nær midtlinjen i høyde med umbilicus. En 5 mm i ve side. Påse at epigastra inferior unngås, og at de nederste trokarene ikke kommer for langt ned på buken slik at vinkling inn i buken vanskeliggjøres.
2. Inspiser hele bukhulen mtp levermetastaser, peritoneal carcinomatose (spesielt i bekkenet og paracolic gutter) eller annen patologi.
3. Legg pasienten i skråleie vendt mot høy, hodet tippet ned. Legg oment og colon transversum oppad, lukker tynntarmspaquet over midtlinjen mot høy.
4. Sett IMA på strekk. Insider peritoneum ned mot promontoriet inn i det mesocoliske/mesorectale sjikt under a.rectalis superior. Utvikle Toldts plan mot lateralt, identifiser ureter og gonadal-kar. Disseker sentralt til avgang av arteria mesenterica inferior påstøtes. Insider peritoneum mellom ima-stammen og Treitz ligament og identifiser Toldts plan på ny under v.mes. inf. Utvikle Toldts plan mot lateralt. Fripreparer ima-stammen, unngå nervepleksus helt i avgangen. Alt fettvev tas med i distal retning. Klips og del a.mes.inf. Spalt krøset opp mot planlagt delingssted på kolon, underveis deles v.mes.inf. Legg inn kompress for identifisering av sjiktet fra lateralsiden.
5. Hvis mobilisering av venstre fleksur er nødvendig: Åpne langs mediale begrensning av v mes inf fra stammen av a.mes.inf til undersiden av pancreas. Disseker i Toldts plan og utvikle dette mot lateralt og over pancreas. Del v mes inf sentralt først eller underveis i denne disseksjonen. Åpne mesocolon like ventralt for pancreas, og finn bursa omentalis. Eksponer bursa og rommet over Gerotas fascie, del i fusjonslinjen over ryggen på pancreas til nedre miltpol eller bukvegg. Hold avstand fra pancreas. Legg inn kompress hvis dette ikke er gjort under punkt 4.
6. Mobiliser colon descendes fra lateralsiden. Hvis mobilisering av venstre fleksur er nødvendig: Spalt det gastrokoliske ligament fra omkring colica media-karene og rundt venstre fleksur, slik at venstre colon er helt løs.
7. Lag et peritonealt merke på høyre side av tarmen ved planlagt avsetningssted på sigmoid/rectum. Utvikle fridisseksjon i Toldts plan fra kranielt og ned til det mesorectale sjikt baktill og del peritoneum på sidene. Vær nøye med å stryke nervene bakover. Del så mesorectum inn til tarmrøret på reseksjonsstedet i det rectalis superior-karene deles og rectumvegg isoleres sirkulært. Forsøk å gå tett mot tarmveggen baktill og spalt mesorectum bakover mot sacrum. Sett av rektum med stapler fra høy fossa.



8. Lag suprapubisk insisjon på ca 5-6 cm horisontalt. Del fascie horisontalt. Skyv hø og ve muskelbuk fra hverandre i midtlinjen. Gå gjennom peritoneum. Sårbeskytter. Lukser distale del av preparat ut. Trekk preparatet ut med sentral karstilk. Sett av på påtenkt sted etter sikring av frisk blødning ved klipping i tarmnært arkadekar. Sy inn hatten til sirkulær stapler, fripreparer tarmveggen for senere anastomose. Legg colon tilbake. Lukk buken.
9. Introduser sirkulær stapler (28 mm), og perforer med pinnen like foran eller bak stapleravsetting. Før hatten sammen med pinnen. Påse riktig rotasjon. Før sammen under synets veiledning for å unngå interponat. Skyt anastomose. Test med vann over anastomose, luft i rectum. Se etter to hele ringer i sirkulær stapler. Test anastomosen med luft i rektum og vann i buken. Kontroller at tynntarm ikke har lagt seg under colon, trekk tynntarm og oment ned.
10. Lukk fascien med polysorb 2-0 sutur og klips i hud. Lokalbedøvelse i alle sår.

