

## **CF-6.2 Extraperitonealer minimal-invasiver Zugang für die Operation der Urachusfistel**

P. Lehocky<sup>1</sup>, S. Bayerköhler<sup>1</sup>, H. Vogelsang<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinikum Garmisch-Partenkirchen

Vor Einführung der minimal-invasiven Chirurgie (MIC) war die Operation der Urachusfistel (UF) durch ein großes Zugangstrauma geprägt. Zahlreiche Veröffentlichungen zeigen die erfolgreiche laparoskopische Operation der UC. In Analogie zur TEP (total endoskopische präperitoneale Leistenhernienplastik) beschreiben wir einen extraperitonealen Zugang zur Operation der UF.

Zwischen 2010 und 2014 wurden 7 Patienten (Pat) in einem Alter von 21 bis 64 Jahren mit einer UF über einen extraperitonealen Zugang endoskopisch operiert. Bei 6 Pat erfolgte ein Ersteingriff, ein Pat war dreimalig voroperiert. Der Nabel zeigte bei 3 Pat eine chronische Fistel, bei 3 eine subakute Entzündung und bei 1 Pat einen akut-eitrigen Infekt.

Insgesamt wurden drei Zugänge platziert: ein 10 mm Trokar suprapubisch in der Mittellinie, 2 weitere 5 mm Trokare links und rechts paramedian medial der epigastrischen Gefäße. Nach Anlage einer Capnopräperitoneums erfolgten die Darstellung der Mittellinie und das Aufsuchen des Urachus bzw. seines Residuums am Blasendach mit Präparation bis zum Umbilicus. In Höhe des Urachusabgangs wurde ein resorbierbarer Clip zum Blasendach appliziert und der Urachus durchtrennt. Nabelseitig erfolgte eine Umschneidung des Ganges mit Extraktion des Präparates. In Abhängigkeit vom Infektzustand wurde eine Nabelplastik mit Verschluss (n=3), eine offene Wundbehandlung (n=3) und eine Vacusealbehandlung mit Sekundärnaht durchgeführt.

Bei allen Patienten war eine sichere Darstellung und Resektion des Urachus möglich. Eine Eröffnung des Peritoneums konnte vermieden werden. Eine paravesikale venöse Blutung wurde durch Reendoskopie mit Blutstillung versorgt. 2 Nabelverschlussplastiken mussten lokal eröffnet werden.

Der extraperitoneale Zugang zum Urachus stellt eine Alternative zum transperitonealen Vorgehen dar. Er vermeidet eine Exposition zur freien Bauchhöhle, reduziert kollaterale Verletzungsmöglichkeiten und vermeidet die Auswirkungen des Capnoperitoneums.