

腹腔镜手术治疗小儿卵巢肿瘤 26 例

苏园园 韩燕华 陈汝虹 黄瑾 翁丽

(广东省中山市人民医院妇产科, 中山 528400)

【摘要】目的 探讨腹腔镜手术治疗小儿卵巢肿瘤的效果及安全性。方法 2000 年 1 月~2005 年 3 月,我们对 26 例小儿卵巢肿瘤行腹腔镜手术。气管插管全麻或静脉复合麻醉,行卵巢肿瘤剥除术或一侧附件切除术。对直径 < 5 cm 的肿瘤,在肿瘤的外侧缘线形电凝囊肿包膜,直径 > 5 cm 的肿瘤,在其中部或距基底部 3 cm 处环形电凝囊肿包膜,钝性分离肿瘤与囊壁,完整剥出肿瘤,残余囊壁创面彻底电凝止血,不缝合。卵巢冠囊肿切除。影响术野的大卵巢囊肿,先穿刺吸净囊液,帽状电凝卵巢囊肿包膜一周,再剥出肿瘤。结果 所有患儿卵巢肿瘤手术都在腹腔镜下完成,肿瘤剥除术 24 例,一侧附件切除 2 例。手术时间(50 ± 20) min,术中出血量(30 ± 10) ml,术后住院 2~4 d,无手术并发症,无伤口感染。24 例随访 1 年,未见复发。结论 腹腔镜手术治疗小儿卵巢肿瘤是一种安全、有效的手术方法。

【关键词】腹腔镜; 卵巢肿瘤; 小儿妇科

中图分类号 R737.31 R726.1

文献标识 A

文章编号 1009-6604(2006)06-0447-03

Laparoscopic operations for ovarian tumors : Experience of 26 children Su Yuanyuan , Han Yanhua , Chen Ruhong , et al. Department of Obstetrics & Gynecology , Zhongshan People 's Hospital , Zhongshan 528400 , China

【Abstract】Objective To investigate the efficacy and safety of laparoscopic operations of ovarian tumors in children. Methods A total of 24 children with ovarian tumors treated laparoscopically from January 2000 to March 2005 were studied. The laparoscopic operations (tumor enucleation or unilateral adnexectomy) were conducted under general anesthesia with endotracheal intubation. Electrocoagulation of the capsule was performed alongside the borderline of the lesion for tumors < 5 cm in diameter , or was performed circlewise in the central part or at the site 3 cm apart from the basal part of the lesion for tumors > 5 cm in diameter. After blunt dissection of the tumor and capsule , the lesion was completely enucleated. Hemostasis of the residual cut surface was accomplished by using electrocoagulation , with no need of suture. For large ovarian cysts disturbing laparoscopic visualization , the aspiration of hydatid fluid was conducted before the enucleation. Results All the operations were successful completed under laparoscope , including 24 cases of tumor enucleation and 2 cases of unilateral adnexectomy. The operation time was 50 ± 20 min , the amount of hemorrhage was 30 ± 10 ml , and the postoperative hospital stay was 2 ~ 4 d. No surgical complications or wound infection occurred. Follow-up in the 24 cases for 1 year found no recurrence. Conclusions Laparoscopic operations for ovarian tumor in children is safe and effective.

【Key Words】Laparoscopy ; Ovarian tumor ; Pediatric gynecology

小儿卵巢肿瘤的发生并不少见,传统治疗多以开腹手术为主。近年来,随着腹腔镜技术的迅速发展,小儿卵巢肿瘤应用腹腔镜手术也越来越普遍。2000 年 1 月~2005 年 3 月,我院应用腹腔镜技术治疗小儿卵巢肿瘤 26 例,现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 26 例,年龄 6~16 岁(10.2 ± 3.5)岁。其中 6~10 岁 4 例,11~16 岁 22 例。单侧 24 例,双侧 2 例。腹痛 10 例,腹胀 5 例,月经紊乱 4 例,无症状

体检发现 7 例。全部病例均经 B 超、CT 或 MRI 检查确诊,肿瘤直径 3.4~16 cm (5.7 ± 2.4) cm,其中卵巢肿瘤直径 16 cm 者年龄 16 岁。26 例中 4 例急腹症入院,其中 2 例为卵巢肿瘤扭转、2 例为卵巢囊肿破裂,其余 22 例为卵巢肿瘤,择期手术。除 4 例急诊手术外,余 22 例术前均做血清 AFP、CA₁₂₅、CA₁₉₉测定排除恶性或可疑恶性肿瘤,除 1 例 CA₁₉₉ 304.88 U/L(正常值 0~37 U/L)外,其余均在正常值范围。

病例选择标准^[1,2]:①急诊 B 超提示卵巢肿瘤囊性,没有实性乳头图像,恶性肿瘤可能性小;②择

期手术术前须影像学检查联合血清肿瘤标志 AFP、CA₁₂₅、CA₁₉₉ 进行综合判断,排除恶性肿瘤者。

1.2 方法

肿瘤直径 >10 cm 10 例,采用气管插管全麻,余 16 例采用静脉复合麻醉。患儿取平卧位,于脐部穿刺气腹针注入 CO₂ 形成气腹,压力 10~12 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa)。>10 岁 10 mm Hg, <10 岁 12 mm Hg,于脐轮下做纵行切口置入 10 mm 腹腔镜,左右两下腹麦氏点穿刺 5 mm 置入操作器械。探查确定肿瘤的大小、位置,有无粘连、扭转、破裂,盆腹腔有无转移,肠道及肝脏表面有无异常等,若无恶性可疑则进行手术。肿瘤直径 <5 cm,单极电凝在肿瘤的外侧缘线形电凝囊肿包膜;肿瘤直径 >5 cm,在其中部或距基底部 3 cm 处环形电凝囊肿包膜,深达肿瘤囊壁。2 把弯钳钝性分离肿瘤与囊壁,完整剥出肿瘤,残余囊壁创面电凝止血彻底,不缝合。卵巢冠囊肿则切除。影响术野的大卵巢囊肿,先穿刺吸净囊液,帽状电凝卵巢囊肿包膜一周,再剥出肿瘤。将肿瘤放入消毒塑料袋中,从脐部切口提出,吸净囊液,取出囊壁及塑料袋。所有病例均送冰冻检查。重新置镜,用生理盐水冲洗盆腹腔,吸净,再次检查切口及术野无渗血,撤镜,关腹。个别肿瘤穿破时,尽快吸净溢出物,冲洗盆腔,再继续手术,撤镜前大量生理盐水彻底冲洗腹腔。

2 结果

肿瘤剥除术 24 例,一侧附件切除 2 例。无中转开腹,无术中并发症。手术时间 25~90 min (50±20) min。术中出血量 10~100 ml (30±10) ml。术中测肿瘤直径 4~20 cm (6.8±2.5) cm。术后留置尿管 12 h,无须术后镇痛。术后第 1 天恢复正常饮食,生活自理,术后病率 6 例(23%)。术后住院 2~4 d。无伤口感染。病理结果:成熟畸胎瘤 13 例(包括术前 CA₁₉₉ 升高的 1 例),卵巢冠囊肿 4 例,单纯性囊肿 3 例,浆液性囊腺瘤 2 例,无性细胞瘤 1 例,颗粒卵泡膜细胞瘤 1 例,黄体囊肿破裂 1 例,黄体血肿出血 1 例。24 例随访 1 年,未见复发。

2 例恶性肿瘤术中及术后处理:无性细胞瘤 1 例,实性,因卵巢肿瘤扭转,实施一侧附件切除术,术中冰冻报告为右侧卵巢恶性生殖细胞肿瘤,内胚窦瘤可能性大;石蜡切片报告为右侧卵巢无性细胞瘤。颗粒卵泡膜细胞瘤 1 例,囊性,实施卵巢肿瘤剥除术,术中冰冻报告为粒层细胞—卵泡膜细胞瘤,石蜡切片报告为卵巢颗粒细胞瘤,考虑患侧组织有残留,术后 2 周开腹患侧附件切除、对侧取活检及大网膜

切除术,术中未见盆腹腔转移结节。2 例卵巢肿瘤术后均行 VBP 方案化疗,即长春新碱(V)1.5 mg/m²第 1 天静注、博来霉素(B)15 mg/m²第 1 天静滴、顺铂(P)20 mg/(m²·d)连续 5 d 静滴 4 个疗程。2 例均随访 1 年,未见复发。

3 讨论

女性小儿指新生女婴~16 岁少女,这段时期正是女性小儿生长发育的基础时期,卵巢是女性的重要内分泌器官,其分泌功能直接影响女性生殖器官的发育及功能。因此,正确处理卵巢肿瘤,有助于小儿生理及心理的健康发展。

小儿卵巢肿瘤多为良性,以生殖细胞肿瘤多见^[3]。本组 26 例中,24 例良性,占 92%(24/26);生殖细胞肿瘤 14 例,占 54%(14/26)。临床症状多以腹痛、腹胀就诊,伴急性腹痛时往往提示卵巢肿瘤扭转或穿破,须急诊手术。

3.1 小儿卵巢肿瘤腹腔镜手术的安全性

本组 26 例均无手术并发症,无伤口感染。随访 1 年,未见复发。Ulrich 等^[4]报道小儿卵巢成熟畸胎瘤 8 例剥除术后行二次腹腔镜探查未见复发,严志龙等^[5]报道 12 例小儿卵巢瘤剥除,术后随访 12~42 个月,未见复发,未见远期并发症。因此,我们认为小儿卵巢肿瘤腹腔镜手术是安全的。

3.2 小儿卵巢肿瘤腹腔镜手术适应证及禁忌证

掌握腹腔镜手术适应证是腹腔镜手术成功的关键。小儿卵巢肿瘤除肿瘤巨大接近剑突,影响术野外,均可作为腹腔镜手术的适应证。禁忌证为卵巢癌^[6]。文献报道^[2]有争议的附件肿物腹腔镜手术指征为:①卵巢肿块的处理;②卵巢囊肿蒂扭转;③多囊卵巢综合征卵巢钻孔。本组实施卵巢肿瘤剥除为主,主要依据术前评估良性肿瘤,术后随访也未见复发,卵巢囊肿蒂扭转 2 例实施一侧附件切除术,术后恢复良好。

3.3 术前辅助检查的重要性

本组病例术前全部经 B 超、CT 或 MRI 检查确定盆腹腔包块,可确定肿瘤的大小、位置、性质。由于 Kruitwagen 等^[7]报道卵巢癌行腹腔镜检查术后发现入路伤口肿瘤种植或转移问题,因此目前国内腹腔镜手术只用于卵巢良性肿瘤,术前常规做血清学肿瘤标志物检测,以便严格筛选腹腔镜手术指征,做好术前准备及术前告知。本组无性细胞瘤及颗粒卵泡膜细胞瘤 2 例恶性肿瘤术前血清 AFP、CA₁₂₅ 及 CA₁₉₉ 均正常,而 1 例成熟畸胎瘤血清 CA₁₉₉ 达

(下转第 450 页)

(上接第 448 页)

304.88 U/L, CA₁₂₅ 及 AFP 正常,但由于例数少,有待积累更多的临床资料。腹腔镜已逐渐成为良性附件肿瘤手术的金标准。术前的仔细评估包括病史的询问、盆腔检查、超声波以及肿瘤标志物的联合应用,使得附件肿物术前误诊为恶性的机会降至最低。

3.4 小儿卵巢肿瘤腹腔镜手术的要点

小儿卵巢肿瘤手术的重点是尽量保留正常的卵巢组织。根据我们的临床经验:囊性、直径 < 10 cm 肿瘤行肿瘤剥除术;实性、直径 > 15 cm 及卵巢冠囊肿行肿瘤切除术为宜。直径 10 ~ 15 cm 肿瘤,视其基底部是否残存正常卵巢组织而定。术中快速病理冰冻切片诊断为恶性肿瘤 I_a 期者,应行患侧附件切除,术后辅以化疗,严密随访,效果良好。

切除的肿瘤放入塑料袋中取出有以下 2 点好处。①防止肿瘤内容物外流污染盆腔;②方便全部组织移到切口皮下取出。气腹压力设置为 10 ~ 12 mm Hg,以能清楚暴露术野的最低腹压为度。

3.5 术中术后发现卵巢肿瘤的处理及预后

腹腔镜手术中卵巢肿瘤应常规行冰冻检查,尤其发现可疑恶性如包块异常血管、囊内或囊外乳头者。对术中可疑恶性患者的处理,根据冰冻病理报告,告知家属同意,则可继续手术,手术的原则依据恶性肿瘤的治疗原则。手术是腹腔镜还是开腹,则根据病情及术者的经验决定。腹腔镜由于有放大作用,可以更加全面仔细地探查盆腹腔,加上腹腔镜切除附件简单易行,已经逐步成为附件可疑包块的标准术式。对于早期卵巢癌,如果手术技术允许,亦可以在

镜下进行分期手术^[8]。

术后的石蜡病理结果很重要。腹腔镜术中恶性肿瘤包膜破裂是否会影响预后是一个广泛关注的问题。理论上,卵巢恶性肿瘤包膜破裂会引起期别升高、肿瘤播散。术中应尽量完整切除肿瘤。本组 1 例颗粒卵泡膜细胞瘤腹腔镜下剥出,由于患侧组织残留 2 周后行腹式患侧附件切除,术中未见盆腹腔转移结节,随访 1 年未复发,但例数少,随访期短,有待继续观察。

参考文献

- 1 杨冬梓,石一复,主编.小儿和青春期妇科学.北京:人民卫生出版社,2003.210.
- 2 刘彦,主编.实用妇科腹腔镜手术学.北京:科学技术文献出版社,1999.11.105.
- 3 郑伟,主编.现代小儿妇科学.福州:福建科学技术出版社,2002.174.
- 4 Ulrich U, Keckstein J, Paulus W, et al. Endoscopic surgery for mature teratoma in the ovary. Surg Endosc, 1996, 10: 900 - 903.
- 5 严志龙,吴晔明,陈其民,等.腹腔镜治疗儿童卵巢囊肿的体会.中华小儿外科杂志,2004,25(4):312 - 313.
- 6 吴晓杰,刘霞.腹腔镜与开腹手术治疗卵巢子宫内膜异位囊肿的比较.中国微创外科杂志,2005,5(3):190 - 191.
- 7 Kruitwagen RF, Swinkels BM, Keyser KG, et al. Incidence and effect on survival of abdominal wall metastases at trocar or puncture sites following laparoscopy or paracentesis in women with ovarian cancer. Gynecol Oncol, 1996, 60: 233 - 237.
- 8 郎景和.腹腔镜手术热点问题讨论.现代妇产科进展,2004,13(2):81 - 82.

(收稿日期 2005 - 06 - 02)

(修回日期 2005 - 10 - 08)