

• 临床论著 •

腹腔镜下腹腔巨大良性肿物切除术 6 例报告

姚宏伟 傅 卫 袁 炯 陆少美

(北京大学第三医院普通外科, 北京 100083)

【摘要】 目的 评价腹腔镜下腹腔巨大良性肿物切除术的安全性。 方法 2005 年 7 月~2006 年 3 月, 对 6 例腹腔巨大良性肿物(直径 8~25 cm)在全麻下行腹腔镜探查并手术切除。 结果 6 例均在完全腹腔镜下顺利完成手术, 手术时间 75~220 min, 平均 135 min, 术中出血量 20~100 ml, 平均 55 ml。腹腔引流管放置时间 1~3 d, 平均 2 d, 术后住院 2~7 d, 平均 4.3 d。未发生肠管损伤、出血、腹腔内感染等并发症。随访 1~9 个月, 平均 6.5 月, 未见复发。 结论 腹腔内巨大良性肿物可以在完全腹腔镜下切除, 安全且创伤小。

【关键词】 腹腔镜; 腹腔肿物; 腹腔囊肿

中图分类号: R656; R730.269

文献标识: A

文章编号: 1009-6604(2007)04-0372-02

Laparoscopic resection of giant abdominal benign mass: Report of 6 cases Yao Hongwei, Fu Wei, Yuan Jiong, et al. Department of General Surgery, Peking University Third Hospital, Beijing 100083, China

【Abstract】 Objective To evaluate the safety of laparoscopic resection for giant abdominal benign mass. Methods Six cases of giant abdominal benign mass (8~25 in diameter) underwent laparoscopic exploration and resection under general anesthesia from July 2005 to March 2006. Results The laparoscopic resection was accomplished in all the 6 cases. The operation time was 75~220 min (mean, 135 min), the intraoperative hemorrhage volume was 20~100 ml (mean, 55 ml), the duration for abdominal drainage was 1~3 d (mean, 2 d), and the postoperative hospital stay, 2~7 d (mean, 4.3 d). There was no complications such as intestinal injury, postoperative bleeding, or abdominal infection. Follow-up visits for 1~9 months (mean, 6.5 months) found no recurrence.

Conclusions Laparoscopic resection of giant abdominal benign mass is a feasible and safe minimally invasive technique.

【Key Words】 Laparoscopy; Abdominal mass; Abdominal cyst

腹腔内巨大良性肿物以良性囊肿占绝大多数, 多无症状或表现为腹部脏器压迫症状, 大多需要手术治疗。随着腹腔镜技术的发展, 目前已有不少腹腔镜下治疗腹腔内巨大囊肿的报道^[1-4]。术中经开窗减压后囊肿体积明显减小, 更加有利于手术切除, 因此腹腔镜下行此类手术具有优越性。2005 年 7 月~2006 年 3 月, 我们在腹腔镜下行 6 例腹腔巨大良性肿物切除术, 现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 6 例, 男 3 例, 女 3 例。年龄 26~66 岁, 平均 53.3 岁。6 例均为腹腔内巨大肿物, 肿物直径 8~25 cm, 平均 13.2 cm; 5 例囊性肿物, 1 例实性肿物。6 例分别位于右上腹(11 cm, 囊性), 下腹正中(12 cm, 囊性), 左中腹部(8 cm, 囊性), 中下腹及盆腔(25 cm, 囊性), 左下腹(10 cm, 囊性), 左中腹部(13 cm, 实性)。1 例以“右侧腰部疼痛 3 个月”(囊肿压迫导致不全性输尿管梗阻、肾积水)就诊, 术前血清尿素氮 18.4 mmol/L, 肌酐 274 μmol/L; 1 例以“间断性呕吐宿食 2 周”(囊肿压迫十二指肠水平部所致)就诊; 其余 4 例无明显不适主诉, 常规体检腹部 B 超发现。体格检查均可触及腹部肿物, 无明显压痛, 肿物活动度较好, 5 例囊性肿物均可及波动感。6 例术前均行腹部增强 CT 扫描考虑为良性肿物, 考虑源于大网膜、肠系膜或后腹膜可能性大(图 1、2)。术前临床诊断均为腹腔良性肿物, 与腹部大血管无密切关系, 既往均无腹部手术史, 拟行腹腔镜探查、肿物切除术。

1.2 方法

全麻, 仰卧位。于脐上缘 1.0 cm 切口置入气腹针建立 CO₂ 气腹, 压力 8~12 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa), 经此切口放置 10 mm trocar (如肿物较大且位于脐正下方, 可于脐上缘小切口开放置入 trocar), 置入腹腔镜。镜下根据肿物的位置, 放置另外 2~3 个 trocar, 其中 1 个 10 mm trocar 置入止血器械, 亦可用于更换腹腔镜探头视角, 使用 2 台电视显示器。特别巨大的囊肿可以先电灼开窗抽吸囊内液体减压以便于镜下观察(图 3), 但一般不要将囊内液完全吸净以维持囊肿的张力便于镜下牵引、切除。牵引肿物, 用电刀或超声刀分离其与正常组织之间的间隙, 遇有小血管使用钛夹夹闭或使用超声刀、LigaSure 切断, 肿物与后腹膜关系密切时须注意保护输尿管、肠系膜血管。囊肿完全切除后, 镜下将其囊内液完全吸净, 腹腔镜观察囊肿内壁, 良性者囊肿壁经 10 mm trocar 直接取出(无须另外切口), 可疑恶性者置入取物袋后取出送冰冻切片病理检查, 实性肿物标本装入取物袋内经另外的小切口取出。创面以电刀、超声刀或钛夹止血, 经 5 mm trocar 孔留置引流管于创面附近。

2 结果

6 例腹腔镜下均顺利完成手术, 无中转开腹。手术时间 75~220 min, 平均 135 min; 术中出血量 20~100 ml, 平均 55 ml。术中未出现腹腔内脏器损伤、大血管损伤等并发症。术后未出现腹腔内出血、感染等并发症。术后第 1 天所有患者均可下地活动并进食。1 例肠系膜良性囊肿术后持续 5 d 顽固性呃逆, 经针灸、药物治疗后缓解。1 例大网膜假性

囊肿致术前十二指肠不全梗阻,术后第 1 天梗阻缓解。术后 1~3 d,平均 2 d 拔除腹腔引流管。术后

住院时间 2~7 d,平均 4.3 d。

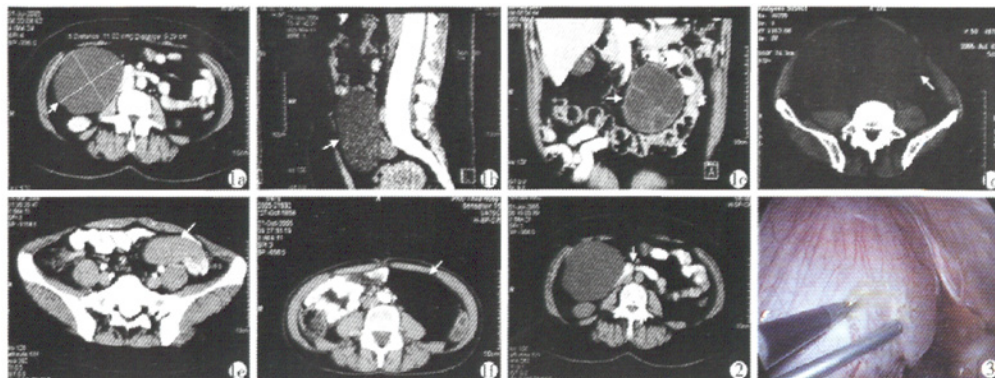


图 1 6 例腹腔内巨大良性肿物的 CT a. 大网膜内假性囊肿; b. 脐尿管囊肿; c. 肠系膜囊肿; d. 后腹膜支气管源性囊肿; e. 肠系膜支气管源性囊肿; f. 后腹膜脂肪瘤 图 2 CT 示巨大囊肿(大网膜假性囊肿)压迫十二指肠水平部(箭头处) 图 3 腹腔镜下囊肿开窗减压(后腹膜支气管源性囊肿)

术后病理:肠系膜囊肿 1 例、大网膜假性囊肿 1 例、脐尿管囊肿 1 例、后腹膜和肠系膜支气管源性囊肿各 1 例、后腹膜脂肪瘤 1 例。1 例巨大后腹膜支气管源性囊肿压迫致右侧不全性输尿管梗阻、肾功能不全,术后 3 个月复查肾功能恢复正常(血清尿素氮、肌酐分别为 4.3 mmol/L, 84 μ mol/L)。6 例随访 1~9 个月,平均 6.5 月,门诊复查腹部 B 超或 CT 未见复发。

3 讨论

由于腹腔镜下手术相对存在深度感知、触觉感知的缺失^[5,6],术前应进行全面评估以利于术中操作。腹腔内巨大良性肿物的诊断主要依据临床表现及影像学检查。本组术前均可触及腹部肿物。腹部增强 CT 或 MRI 能明确肿物的部位、良恶性、大小、囊实性、囊内有无分隔以及与周围脏器的毗邻关系,CT 或 MRI 冠状面、矢状面重建能够显示肿物与腹部大血管之间的关系,必要时可以行 CT 成像血管造影(CTA)检查;胃肠道造影检查可发现肠管受压或移位(图 2);可疑输尿管受压时术前行膀胱镜逆行输尿管造影并留置输尿管内支架,以利于术中指引避免误伤。本组后腹膜支气管源性囊肿压迫右侧输尿管中下段导致右肾积水、右肾功能受损,术前置输尿管支架管,在其指引下术中较好地保护了输尿管,术后 3 个月复查肾功能恢复正常。

术前影像学检查应尽可能地判断肿物的良、恶性,以决定是否可以在腹腔镜下术中抽吸减压以及是否需要另外切口取出标本。对于 CT 及 MRI 仍不能确诊者,Targarona 等^[7]认为可以使用腹腔镜探查,有助于辅助诊断,并尝试镜下切除。

根据肿物的位置选择恰当的 trocar 位置非常重要,直接关系到手术的成败。本组每例置 3~4 个 trocar,其中至少 2 个 10 mm trocar,使用 2 台显示器观察。对于特别巨大的肿物,可以根据所要游离的部位更换腹腔镜探头位置和术者位置,以便于显露和操作。对于肿物难以游离或与周围脏器粘连者,可以采用手辅助的方法,必要时须中转开腹。

巨大囊肿影响腹腔镜下视野者,术中可先电灼

开窗抽吸囊内液体减压,尽量不要将囊内液体完全吸净,以保持囊肿具有一定的张力,便于腔镜下牵引、游离。切除肠系膜、后腹膜巨大肿物时,术中应注意保护肠系膜血管和输尿管,细致的解剖性游离十分重要。手术创面较大,应该边游离边止血,建议使用超声刀或 LigaSure 游离、止血,遇有较大血管须夹闭时可以使用钛夹、Hem-o-lok 或 Endo-GIA,腹腔镜下盲目止血是术中损伤血管、输尿管的主要原因。

本组 6 例巨大肿物均完整切除,未联合切除其他脏器。某些囊肿虽为良性,但因囊肿巨大或与肠管、肠系膜大血管粘连,无法完整切除,可切除囊肿的大部分,然后在腹腔镜下电刀烧灼或石炭酸腐蚀残存的囊肿内壁,破坏其上皮细胞,完整切除囊肿和粘连的部分肠管、血管鞘,可以降低复发率^[8]。我们认为腹腔良性囊肿均适合在腹腔镜下切除,但肿物难于游离或与周围脏器粘连者须谨慎,患者一般状况差、无法耐受气腹者是禁忌证。

综上所述,充分的术前评估、准备以及精细的术中操作,完全腹腔镜下切除腹腔内巨大良性肿物是安全可行的。

参考文献

- Sellers CJ, Starker PM. Laparoscopic treatment of a benign splenic cyst. Surg Endosc, 1997, 11(7): 766-768.
- 詹世林, 陈建雄. 腹腔镜治疗腹腔巨大囊肿及术后下身水肿处理(附 5 例报告). 中国微创外科杂志, 2005, 5(8): 671-673.
- Horiuchi T, Shimomatsuya T. Laparoscopic excision of an ommental cyst. J Laparoendosc Adv Surg Tech A, 1999, 9(5): 411-413.
- Ishizuka O, Misawa K, Nakazawa M, et al. A retroperitoneal bronchogenic cyst: laparoscopic treatment. Urol Int, 2004, 72(3): 269-270.
- Pattaras JG, Smith GS, Landman J, et al. Comparison and analysis of laparoscopic intracorporeal suturing devices: preliminary results. J Endourol, 2001, 15(2): 187-192.
- Chang JH, Rothenberg SS, Bealer JF, et al. Endosurgery and the senior pediatric surgeon. J Pediatr Surg, 2001, 36(5): 690-692.
- Targarona EM, Moral A, Sabater L, et al. Laparoscopic resection of a retroperitoneal cystic lymphangioma. Surg Endosc, 1994, 8(12): 1425-1426.
- Hasaan M, Dobrilovic N, Korelitz J. Large gastric mesenteric cyst: case report and literature review. Am Surg, 2005, 71(7): 571-573.
(收稿日期: 2006-03-30)
(修回日期: 2006-07-13)
(责任编辑: 王惠群)