· 个案报告 ·

后腹腔镜切除巨大肾上腺囊肿 1 例报告

张立民　乔得山　孙立军　田　宝　魏大鹏

（河北省秦皇岛市第一医院泌尿外科，秦皇岛　066000）

中图分类号：R736.6；R699.3　　**文献标识**：D　　**文章编号**：1009－6604（2008）04－0341－01

肾上腺巨大囊肿临床少见。2006 年 5 月，我院应用后腹腔镜技术成功切除 1 例，报道如下。

1　临床资料

患者女，37 岁，体重 43 kg，身高 153 cm。因体检发现左侧肾上腺囊性肿物 1 周于 2006 年 5 月 18 日门诊以“左侧肾上腺囊肿”收入院。既往无外伤史，无发热、头晕、肢体无力、多尿，工作正常。入院查体血压 120/70 mm Hg，心肺正常，腹部柔软，左上腹可触及囊性肿物，边界不清。B 超检查左侧肾上腺区可探及巨大低回声液性暗区，暗区内可见不规则分隔，18.0 cm×10.2 cm×10.0 cm。CT 见左侧肾上腺区巨大囊性肿物，强化后囊壁较厚，血液循环丰富，失去正常解剖关系，与周围组织关系密切，左侧肾脏被肿物挤压向下严重移位。MRI 检查肿物将左侧肾脏挤压向下移位明显（图 1）。2006 年 5 月 20 日在静脉全身麻醉下应用后腹腔镜技术切除巨大左侧肾上腺囊肿。术中腹膜后腔气腹压力维持在 12～14 mm Hg（1 mm Hg＝0.133 kPa）。左肾上腺巨大囊肿内侧与腹主动脉相连，下极与左肾上极和肾动脉相邻，界限不清。超声刀沿囊肿表面切开粘连组织，仔细分离清楚囊肿与周围组织界限，找出间隙，钝性分离。自囊肿壁背侧切开囊肿，吸出囊内暗红色液体 1100 ml，扩大手术操作空间。牵引囊肿壁，超声刀沿囊肿壁表面切开与周围组织粘连，完整切下巨大囊肿后装入病理袋自腋后线穿刺点取出体外。囊内褐色坏死组织及囊壁重 610.0 g（图 2）。术后 4 d 拔出引流管，7 d 痊愈出院。病理回报符合左侧肾上腺囊肿（上皮性）伴囊内出血。3 个月随访 B 超检查左肾位置正常，肾周围无异常回声。

图 1　MRI 示左侧肾上腺囊肿与肾脏关系

图 2　取出标本示囊壁及内容物

2　讨论

肾上腺巨大囊肿临床少见，确切病因不明，女性多于男性，无特异症状，多为非功能性囊肿。临床分为 4 种类型：上皮性、内皮性、寄生虫性、假性囊肿。常以开放手术切除为首选方法。腹腔镜手术有经腹腔和腹膜后 2 种入路[1～4]，多以经腹腔入路为主。经腹腔手术对腹腔内器官产生影响，如术后胃肠功能恢复慢，创面渗出液体引流不畅所致感染、脓肿、肠粘连、肠梗阻等，手术过程中误伤其他脏器机会明显增加。后腹腔镜技术虽然增加了手术难度，但在腹膜后形成手术空间后游离部分囊肿壁切开囊肿，吸出大部分囊内液体后扩大手术视野和操作空间，牵引囊肿壁进行操作，减少误伤邻近器官的机会，解剖关系清楚。由于巨大囊肿压迫，周围正常组织的解剖关系发生明显变化，术前一定要充分复习影像资料，了解囊肿与周围正常组织的关系，手术操作过程中一定仔细辨认，需要切开时沿囊肿壁表面操作，避免误伤正常组织，保持腹膜完整。当腹腔镜手术实在困难时不必勉强进行，及时中转开放手术。

参考文献

1　郑　涛，张　旭，马　鑫，等. 后腹腔镜手术治疗肾上腺囊肿 15 例报告. 中国微创外科杂志，2005，5：431－432.

2　赵　军，陆　鹏，鞠　文，等. 14 例肾上腺囊肿的诊断和治疗. 临床泌尿外科杂志，2003，18（5）：267－268.

3　张祥生，李启忠，姬彤宇，等. 腹腔镜在治疗肾及肾上腺囊肿中的临床应用. 实用诊断与治疗杂志，2003，17（4）：249－250.

4　张经中，金同明，王昆峰，等. 腹膜后腹腔镜肾上腺囊肿切除的应用. 中国内镜杂志，2003，9（6）：67－68.

（收稿日期：2006－12－22）
（修回日期：2007－04－23）
（责任编辑：李贺琼）