

成年女性骶前肿物分型及手术入路选择

肖 静*

(广东省中医院大学城医院妇科, 广州 510006)

【内容提要】 成年女性骶前肿物涉及多个学科, 根据肿瘤的解剖部位、大小、活动度及与周围组织的关系存在多种分型。全面了解肿瘤的解剖情况对于确定手术入路有重要意义。对于成年女性骶前肿物患者, 经严格的术前评估, 经阴道手术是不应忽视的入路选择。

【关键词】 骶前肿物; 成年女性; 手术入路

文献标识:A 文章编号:1009-6604(2017)01-0024-03

doi:10.3969/j.issn.1009-6604.2017.01.008

Classification and Operative Approaches of Adult Female Presacral Space Tumor Xiao Jing. Department of Gynaecology, Guangdong Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou 510006, China
Corresponding author: Xiao Jing, E-mail: xiaojingson2004@126.com

【Summary】 Adult female presacral space tumor involves in different disciplines. It could be typing according to the tumor location, size, mobility and the relationship with surrounding tissues. Understanding the classification of the tumor is helpful to select a suitable operative approach that lead to a better result. After the strict preoperative evaluation, transvaginal approach should not be neglected in adult female patients with presacral space tumor.

【Key Words】 Presacral space tumor; Adult female; Operative approach

骶前肿物是指发生在直肠与骶骨之间的潜在间隙即骶前间隙中的肿物, 其发生率较低, 可起源于骶前间隙的不同组织结构, 涉及胃肠外科、肛肠科、妇科、骨科、神经外科等多个专科, 多数病灶为良性肿瘤, 临床表现多样, 约一半患者无明显症状, 只是在体检时偶然发现。骶前肿物诊断一经确定, 为避免肿瘤恶变、感染, 无论良、恶性, 除有绝对的手术禁忌证外, 所有骶前肿物均应手术治疗^[1]。对骶前肿物手术治疗的关键是完整切除, 而肿瘤成功切除的关键在于如何确定最佳手术入路。成年女性骶前肿物涉及多个学科, 根据肿瘤的解剖部位、大小、活动度及与周围组织的关系存在多种分型, 目前主要依据术前体格检查、MRI 或 CT 检查。全面了解肿瘤的解剖情况对于确定手术入路有重要意义^[2], 不同手术入路也应由不同专科医生实施手术。临床最常见的手术途径主要有经骶尾部、经腹部或联合入路, 少见的亦有经阴道和经直肠途径。本文就此进行

讨论。

1 手术入路

1.1 经骶尾部

经骶尾部后路切除手术适用于位置较低的肿物, Murdock 等^[3]指出在直肠指检的过程中, 指尖可触及肿物上界者, 可选择经骶尾入路, 术中手指放入直肠指示可避免肠道损伤, 当肿物 > 10 cm 或从后路很难切除时, 可考虑先行尾骨切除, 必要时可切除 S₄ 或者 S₅ 椎体^[4]。一般由骨科医生完成, 该入路容易损伤骶神经, 可能会导致排便异常及性功能异常, 术中出血量较大。

1.2 经腹部

经腹部手术适用于肿物位置较高、体积较大且没有尾骨浸润侵犯者, 术中有利于暴露盆腔血管、输尿管、直肠等重要解剖结构。可以将直肠和输尿管从肿瘤的上方及前方游离推开, 常能整体切除肿物。

* 通讯作者, E-mail: xiaojingson2004@126.com

既往的经腹部手术即传统的开腹手术,由于开腹手术和经骶尾入路手术损伤大,患者术后恢复慢。近年来,腹腔镜下骶前肿物切除越来越受到重视,其具有微创、术后恢复快、镜下视野清晰广阔、对血管的解剖更精细等优势。经腹腔镜切除腹膜后肿瘤难度较大,对术者技术要求非常高。Duek 等^[5]报道腹腔镜下成功切除 6 例骶前肿物,肿物平均直径 3 cm (2~4 cm),肿物中点距肛缘距离约 6 cm (5~8 cm)。该入路一般可由普通外科医生或者和妇科肿瘤专科医生共同完成。

1.3 经腹骶联合

腹骶联合手术适用于肿物上下界跨越 S₃ 椎体水平范围较大,合并感染,或者恶性肿物。可先经腹部操作,部分游离,然后骶尾部切开取出肿瘤,一般由外科联合骨科医生完成。

1.4 经阴道

经阴道路径手术治疗骶前肿物方式,在 PubMed、SCEI、SpringerLink、ClinicalKey 检索工具,用 retrorectal tumor、presacralspacel、transvaginal approach 关键词检索,1980~2015 年仅有 2 例报道^[6,7]。一例因骶前肿物压迫导致阴道后壁脱垂,肿物位于直肠右后侧,大小约 10 cm,直肠指检指尖可触及肿物上界,另一例无明显症状,仅妇检时可扪及一肿物位于子宫及直肠右后侧,神经检查未及异常,膀胱括约肌功能正常。由于骶前肿物与阴道后壁之间无重要的血管神经走行,经阴道切除时损伤神经血管的机会小于经骶尾部手术,可由妇科医生完成。如果非直肠正后方的活动较好的良性骶前肿物,肿物上界位于 S₅ 以下,可以将食指置于直肠,避开直肠,切开肿瘤表面阴道壁,为完整剥除肿瘤创造

条件。

1.5 经直肠

经直肠切除骶前肿物手术报道较少。Pidala 等^[8]报道 11 例经直肠途径手术,直肠指检所有肿物上界均在指尖范围以下,肿物直径 1~8 cm,活动可,均无骨质侵犯,一般由肛肠科医生完成。

2 肿物分型及手术入路选择

Woodfield 等^[9]提出骶前肿物的手术入路选择原则,主要是根据骶前肿物上界所在的位置决定:如果肿物上界在 S₃ 椎体水平以下,从骶尾部后路切除;如果肿物下界高于 S₃ 椎体水平或与周围组织粘连,则需要经腹部或前后路联合。Chéreau 等^[4]将 S₃ 椎体水平作为划分平面,回顾性分析 47 例骶前肿物,上界位于 S₃ 椎体水平以下 39 例(83%),其中经骶尾部切除 37 例,经腹部或腹骶联合 2 例;下界位于 S₃ 椎体水平以上 8 例(17%),其中 5 例从骶尾部后路切除,3 例经腹部或腹骶联合切除。经骶尾部切除平均手术时间 92 min,术中出血量平均 31 ml,经腹部或腹骶联合切除平均手术时间 223 min,术中出血量平均 170 ml。Messick 等^[10]回顾性分析 84 例手术治疗骶前肿物,肿物上界位于 S₄ 椎体水平以下 42 例(50%),经骶尾部切除 40 例,经腹部切除 2 例;肿物下界位于 S₄ 椎体水平以上 21 例(25%),经骶尾部切除 3 例,经腹部切除 15 例,经腹骶联合切除 3 例;肿物位于 S₄ 椎体水平上下,21 例,经骶尾部切除 6 例,经腹部切除 8 例,经腹骶联合切除 7 例。近年来各学者对于骶前肿物的分型方式及手术方式见表 1。

表 1 各学者对于骶前肿物的分型方式及手术方式

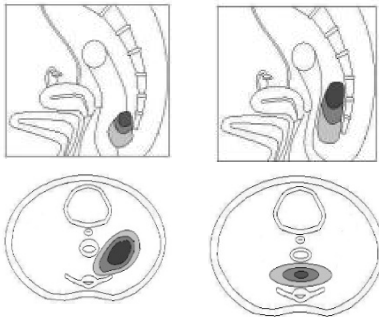
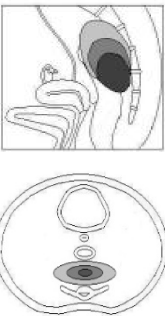
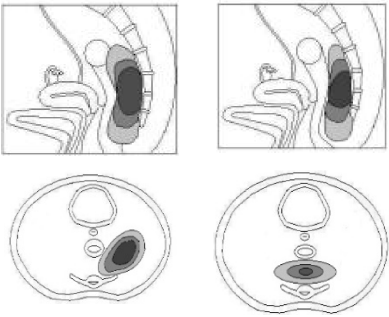
作者	年份	例数	部位分型	手术方式及比例	备注
Chéreau ^[4] 等	2013	47 例	肿物上界低于 S ₃ 水平	经骶尾部 37 例(78.7%)	跨越 S ₃ 的肿物未提及
				经腹部或腹骶联合 2 例(4.3%)	
			肿物下界高于 S ₃ 水平	经骶尾部 5 例(10.6%) 经腹部或腹骶联合 3 例(6.4%)	
Woodfield ^[9] 等	2008	未提及	肿物上界低于 S ₃ 水平	经骶尾部	行各手术方式的例数、跨越 S ₃ 的肿物未提及
			肿物下界高于 S ₃ 水平	经腹部或前后入路联合	
			肿物上界低于 S ₄ 水平	经骶尾部 40 例(47.6%) 经腹部 2 例(2.4%)	
Messick ^[10] 等	2013	84 例	肿物下界高于 S ₄ 水平	经骶尾部 3 例(3.6%)	未体现肿物与后正中线之间的关系
				经腹部 15 例(17.9%)	
				经腹骶联合 3 例(3.6%)	
			肿物位于 S ₄ 水平上下	经骶尾部 6 例(7.1%)	
				经腹部 8 例(9.5%) 经腹骶联合 7 例(8.3%)	

总体而言,对成年女性骶前肿物,若上界位置较低(S_5 以下),阴道或直肠指检可触及肿物上界,偏离正中线,与周围组织粘连不致密,未侵犯尾骨,可考虑经阴道手术,阴式手术时可可将食指放入直肠指示,切开阴道黏膜暴露囊壁时避免损伤肠道;若位于骶前正中,直肠正后方水平,与周围组织粘连致密,或考虑侵犯尾骨,应考虑经骶尾入路;若三合诊不能触及骶前肿物上界,上界高达 S_3 以上,下界经向上推挤仍低于 S_5 以下,且偏离正中线,行腹腔镜下经阴道骶前肿物切除是一种比较合适的入路选择;但若肿物位于骶前正中,直肠正后方水平,活动欠佳,不适合经阴道手术;下界高于 S_5 水平或活动较好的肿物,术中能将肿物下界从阴道向上推挤至 S_5 以上水平,均可考虑腹腔镜或开腹将肿物完整切除。

不同学科之间术者的手术经验有差异,如普通外科医生擅长于经腹入路,骨科、肛肠科医生擅长于经骶尾部或直肠入路,妇科医生擅长于经腹、经阴道入路。所以,不同入路的手术应该由专科医生进行,经骶尾部入路需由骨科医生手术;经腹部入路需由妇科肿瘤医生或外科医生手术;经阴道入路需由妇科医生手术;经直肠入路需由肛肠科医生手术。此类手术必须有周密的准备,多学科密切配合。骶前肿物患者很少有机会收到妇科,所以有些患者错失了经阴道手术的机会。对于成年女性骶前肿物患者,经严格的术前评估,经阴道手术是不应忽视的入路选择。

成年女性骶前肿物分型、手术入路和手术执行科室见表 2。

表 2 成年女性骶前肿物分型、手术入路和手术执行科室

分型	I 型		II 型	III 型	
	I a	I b		III a	III b
图示					
矢状面					
横断面					
上界位置	S_5 以下或三合诊时指尖可及		不限	S_3 以上	
下界位置	不限		S_3 以上或上推后能达 S_3 以上	S_5 以下	
是否偏离中线	是	否	不限	是	否
是否侵犯骶骨	否	不限	否	否	不限
分科	妇科	骨科,肛肠科,神经外科	外科或妇科肿瘤专科	妇科肿瘤专科	骨科,肛肠科
入路途径	经阴道	经骶尾部	开腹或腹腔镜	开腹或腹腔镜 + 经阴道	开腹或腹腔镜 + 经骶尾部

参考文献

1 Christina M, Riojas MD, Christina D, et al. Presacral epidermoid cyst in a male: a case report and literature review. J Surg Educ, 2010, 67 (4): 226 - 232.

2 谢锡驹, 王 锋, 华一兵, 等. 骶前肿瘤临床病理及手术入路选择分析. 实用临床医药杂志, 2012, 16 (13): 116 - 117.

3 Murdock J, Abbas MA. Laparoscopic abdomino-paracoccygeal resection of anorectal cystic teratoma. JSLS, 2010, 14 (4): 583 - 586.

4 Chéreau N, Lefevre JH, Meurette G, et al. Surgical resection of retrorectal tumours in adults: long-term results in 47 patients. Colorectal Dis, 2013, 15 (8): 476 - 482.

5 Duek SD, Gilshtein H, Khoury W. Transanal endoscopic microsurgery: also for the treatment of retrorectal tumors. Minim Invasive Ther Allied Technol, 2014, 23 (1): 28 - 31.

6 Aslan E. Transvaginal excision of a retrorectal tumor presenting as rectocele. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, 2008, 19 (12): 1715 - 1717.

7 Madanes AE, Kennison RD, Mitchell GW. Removal of a presacral tumor via a Schuchardt incision. Obstet Gynecol, 1981, 57 (6 Suppl): 945 - 947.

8 Pidala MJ, Eisenstat TE, Rubin RJ, et al. Presacral cysts: transrectal excision in select patients. Am Surg, 1999, 65 (2): 112 - 115.

9 Woodfield JC, Chalmers AG, Phillips N, et al. Algorithms for the surgical management of retrorectal tumours. Br J Surg, 2008, 95 (2): 214 - 215.

10 Messick CA, Hull T, Rosselli G, et al. Lesions originating within the retrorectal space: a diverse group requiring individualized evaluation and surgery. J Gastrointest Surg, 2013, 17 (12): 2143 - 2152.

(收稿日期: 2016 - 02 - 18)

(修回日期: 2016 - 08 - 10)

(责任编辑: 王惠群)