

# 腹腔镜治疗残胃再发癌 4 例报告

张斌 马飞 马奇 姬社青 孔焱 陈小兵\* 花亚伟 彭波<sup>①</sup>

(郑州大学附属肿瘤医院 河南省肿瘤医院普外科, 郑州 450008)

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2018)09-0856-04

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2018.09.023

目前,关于残胃癌和再发癌的定义说法不一。胃良性溃疡行胃大部切除术后 5 年以上残胃发生的癌属残胃癌,对胃癌术后的残胃癌,应区分残胃复发癌和残胃癌,胃癌术后 5 年内发生的癌多为复发,术后 10 年以上残胃发生的癌称作残胃癌<sup>[1]</sup>。陈峻青等<sup>[2]</sup>认为胃良性疾病术后 10 年以上,残胃内发生的癌称残胃癌;胃癌根治性胃大部切除术后(包括病理学检查,两切断缘均无癌残留),残胃内再度发现的癌称残胃再发癌。残胃再发癌手术难度大,切除率低,外科治疗原则为根治性残胃全切除术。近年来,腹腔镜胃癌根治术由于创伤小、疼痛轻、胃肠功能恢复快、机体免疫干扰小、并发症少等优点,在国内外得到快速发展。腹腔镜胃癌手术技术的成熟促进腹腔镜残胃再发癌手术的开展,2016 年 1 月~2017 年 4 月我们成功施行腹腔镜残胃再发癌切除术 4 例,近期疗效较好,现报道如下。

## 1 临床资料

病例 1:男,59 岁,2 年前因胃体上部癌行开放近端胃大部切除残胃食管吻合,术后病理分期: pT<sub>3</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>。术后行奥沙利铂+替吉奥方案化疗 6 周期。近 1 个月出现进食不畅症状。胃镜诊断:胃食管吻合口复发癌,病理低分化腺癌。CT 示吻合口增厚,周围界限清晰,肝肺未见明显异常。2016 年 1 月全身麻醉下手术。平卧两腿分开位,术者立于患者左侧及两腿之间,助手站右侧,扶镜助手立于两腿间及左侧。避开原上腹切口,在脐下切口,开放直视下入置入第 1 个 trocar 建立气腹,维持腹内压在 12~15 mm Hg,无粘连处置入 2 个 trocar,分离腹壁粘连后,逐步在腹腔镜引导下建立另外操作孔。脐孔为腔镜观察孔,直径 10 mm,左腋前线肋缘下戳孔

为主操作孔,直径 12 mm,辅助操作孔在左锁骨中线脐水平,右侧腋前线肋缘下,右锁骨中线平脐,直径 5 mm。近端胃游离:电凝钩和超声刀分离胃肠道与腹壁的粘连(图 1),肝脏与前腹壁的粘连不要分离,下腹部的粘连只要不影响手术可以不必分离。分离肝左叶与胃小弯的粘连(图 2),分离肝胰腺粘连(图 3),胃结肠粘连(图 4),胃胰腺粘连(图 5),胃脾粘连,清扫 No. 6 组淋巴结,结扎胃网膜右血管。游离膈肌角进入纵隔,游离远端食管(图 6)。于肿瘤上方 4 cm 直线闭合器切断食管(图 7),食管断端位于纵隔内(图 8),经口置入吻合器钉座 Orvil(图 9),镜下直视吻合(图 10)。腹腔镜下行根治性残胃全切除术,Roux-en-Y 方式重建消化道(距屈氏韧带 15~20 cm 离断空肠,管状吻合器行食管与远端空肠端侧吻合,闭合空肠断端,距吻合口 45 cm 左右行远近端空肠侧侧吻合)。手术时间 300 min,术中出血 300 ml。术后第 2 天下床,第 5 天通气,第 10 天出院。术后病理:低分化腺癌,侵及外膜,淋巴结 0/6,切缘干净。术后随访 20 个月,无复发。

病例 2:男,57 岁,6 年前因胃窦低分化腺癌行开放远端胃癌根治术,结肠前残胃空肠 Roux-en-Y 吻合术,术后病理分期: pT<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>,术后 FOLFOX4 方案化疗 8 周期。1 个月前体检胃镜发现贲门下浅表溃疡,病理中分化腺癌。CT 示胸腹部未见明显异常。2016 年 5 月行腹腔镜下根治性残胃全切除术,Roux-en-Y 方式重建消化道。远端胃游离:游离原胃肠吻合口,提起空肠输入襻和输出襻,仔细分离与横结肠的粘连,游离胃大弯侧至脾门,清扫 No. 11 组淋巴结。超声刀分离胃脾韧带,清扫 No. 10、2 组淋巴结,游离肝左叶胃小弯,裸化食管,贲门上方 2 cm 以上行食管荷包缝合,置入管状吻合器抵钉座。

\* 通讯作者, E-mail: chenxiaobing@medmail.com

① (哈密市肿瘤医院肿瘤外科, 哈密 839000)

上腹部正中切口 5~8 cm 入腹,安置切口保护套,游离空肠上段,于屈氏韧带 15 cm 左右离断空肠,切除远端胃残胃及吻合口两端部分空肠。行食管空肠 Roux-en-Y 方式吻合,重建消化道。手术时间 210 min,术中出血 140 ml。术后第 2 天下床,第 5 天通气,第 10 天出院。术后病理:中分化腺癌,侵及黏膜下层,淋巴结 0/8,切缘干净。术后随访 16 个月,无复发。

病例 3:男,63 岁,7 年前因胃窦癌行开放远端胃大部切除,结肠前残胃空肠 Roux-en-Y 吻合术,术后病理分期:pT<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>,未化疗。1 个月前复查,CEA 升高(25.1 μg/L,我院正常值 0~3.5 μg/L),胃镜诊断:胃体低分化腺癌。CT 示残胃后壁局限性增厚,周围脂肪间隙清晰,肝肺未见明显异常。2016 年 12 月行腹腔镜下根治性残胃全切除术,Roux-en-Y 方式重建消化道,手术操作同病例 2。手术时间 300 min,术中出血 300 ml。术后第 2 天下床,第 5 天通气,第 10 天出院。术后病理:低分化腺癌,侵及外膜,淋巴结 1/6,切缘干净。术后随访 10 个月,无复发。

病例 4:男,67 岁,5 年前因贲门癌行开放近端胃根治性切除术,残胃食管吻合,术后病理分期:pT<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>,未化疗。2 个月前复查时发现吻合口溃疡,病理低分化腺癌。CT 示胸腔内吻合口增厚,周围界限清晰,肝肺未见明显异常。2017 年 4 月腹腔镜下行根治性残胃全切除术,Roux-en-Y 重建消化道,手术操作同病例 1。手术时间 280 min,术中出血 200 ml,术后第 2 天下床,第 5 天通气,第 12 天出院。术后病理:低分化腺癌,侵及外膜,淋巴结 1/7,切缘干净。术后随访 6 个月,无复发。

## 2 讨论

残胃再发癌因第 1 次手术所造成的腹腔内粘连、局部解剖结构及淋巴回流途径的改变,加大腹腔镜手术的难度,医学界对其手术方式的选择仍存在争议。目前,只有少量回顾性研究证实腹腔镜残胃全切除术治疗残胃癌的可行性和安全性<sup>[3-6]</sup>。积极的外科治疗可改善残胃再发癌患者的预后。既往认为上腹部手术史,尤其胃手术史是腹腔镜手术禁忌证。随着腹腔镜技术的成熟,腹腔镜应用范畴逐渐扩大,目前认为既往手术史对施行腹腔镜手术无明显影响<sup>[7]</sup>。

首次胃大部切除术后上腹部几乎都有粘连,分离粘连是残胃再发癌手术的重点和难点,粘连多位于上腹部范围,且多呈膜性粘连,用电钩、超声刀容易分离,再发肿瘤时间间隔越长,粘连越轻。亦有粘连紧密者,考虑与首次手术后应用止血材料有关。肝左叶与前腹壁的粘连不必分离,形成肝左叶自然

悬吊,不必专门挑起或悬吊肝脏就能获得很好的暴露,便于残胃小弯侧的游离、清扫。因粘连导致没有正常的解剖间隙,增加腹腔镜下操作的风险和难度。因此,腹腔镜下残胃再发癌的切除对腹腔镜技术的要求较高。然而,腹腔镜的放大作用使术者既能对粘连的间隙把握更准确,又能对残胃周围血管及筋膜等结构显示更清晰,从而降低操作时对肠系膜血管以及残胃周围邻近脏器的损伤,使术者能够顺利地完成腹腔镜下残胃癌的切除。残胃再发癌患者术中游离出血较首次手术有增多趋势,手术时间相对延长。近端胃较远端胃手术难度更大,主要在于近端胃术后上腹是手术创面,粘连更多,且吻合口位置进入纵隔,位置高,经腹吻合困难。本组近端胃再发患者较远端胃患者手术稍时间延长,出血增多。

残胃再发癌切除术后的食管-空肠吻合是腹腔镜手术治疗残胃癌成败的关键。我们体会远端胃再发癌患者使用圆形吻合器进行食管-空肠侧侧吻合的方法,操作简单,可在直视下完成,易于学习接受。近端胃切除后二次手术因吻合口在纵隔内,我们的观点为直线闭合器切断食管,经口置入吻合器钉座使吻合过程便于操作,可以获得更长的切缘,需要使用特殊吻合器械,我们采用的是美敦力 EEAOrvil25 型号吻合器,李捷等<sup>[8]</sup>在胃癌根治术中应用。

腹腔镜胃癌根治术的安全性和彻底性已逐渐得到认可<sup>[9]</sup>,我们体会腹腔镜下食管下段、贲门胃底、脾门的视野暴露要优于开腹手术。我们认为实施腹腔镜残胃再发癌切除术应具备几个条件:①熟练掌握腹腔镜下胃癌淋巴结 D2 清扫技术;②掌握全胃切除后小切口或全腔镜下消化道重建技术。当肿瘤向邻近脏器侵犯或淋巴结融合成团,粘连致密失去间隙时,应及时中转开腹手术,确保安全。残胃再发癌的淋巴结分站与原发胃癌有所不同,对于远端胃术后仅需清扫 No. 2、10、11 组淋巴结,近端胃术后仅需清扫 No. 6、12a 组淋巴结。因淋巴结清扫站别减少,可以缩短手术时间。残胃再发癌的早期诊断是十分重要的,早期发现有利于二次手术根治性切除,不需要联合脏器切除。Ahn 等<sup>[10]</sup>认为残胃癌发现晚,多属进展期,联合脏器切除高于一般胃癌。

我们采用 5 孔法,手术视野清楚,创伤小,术后恢复快。残胃再发癌的手术次序无定式可循,需灵活变通,我们的经验是:①远离手术区域直视下开腹建立第 1 个 trocar,避免损伤肠管;②松解肠管与腹壁的粘连,建立其余 trocar 孔;③游离残胃与各脏器的粘连,首先从肝左叶残胃小弯侧粘连始,裸化食管;④沿残胃大弯侧经脾门向贲门左旁游离;⑤上腹开小切口,断食管、空肠;⑥直视下 Roux-en-Y 重建消化道。

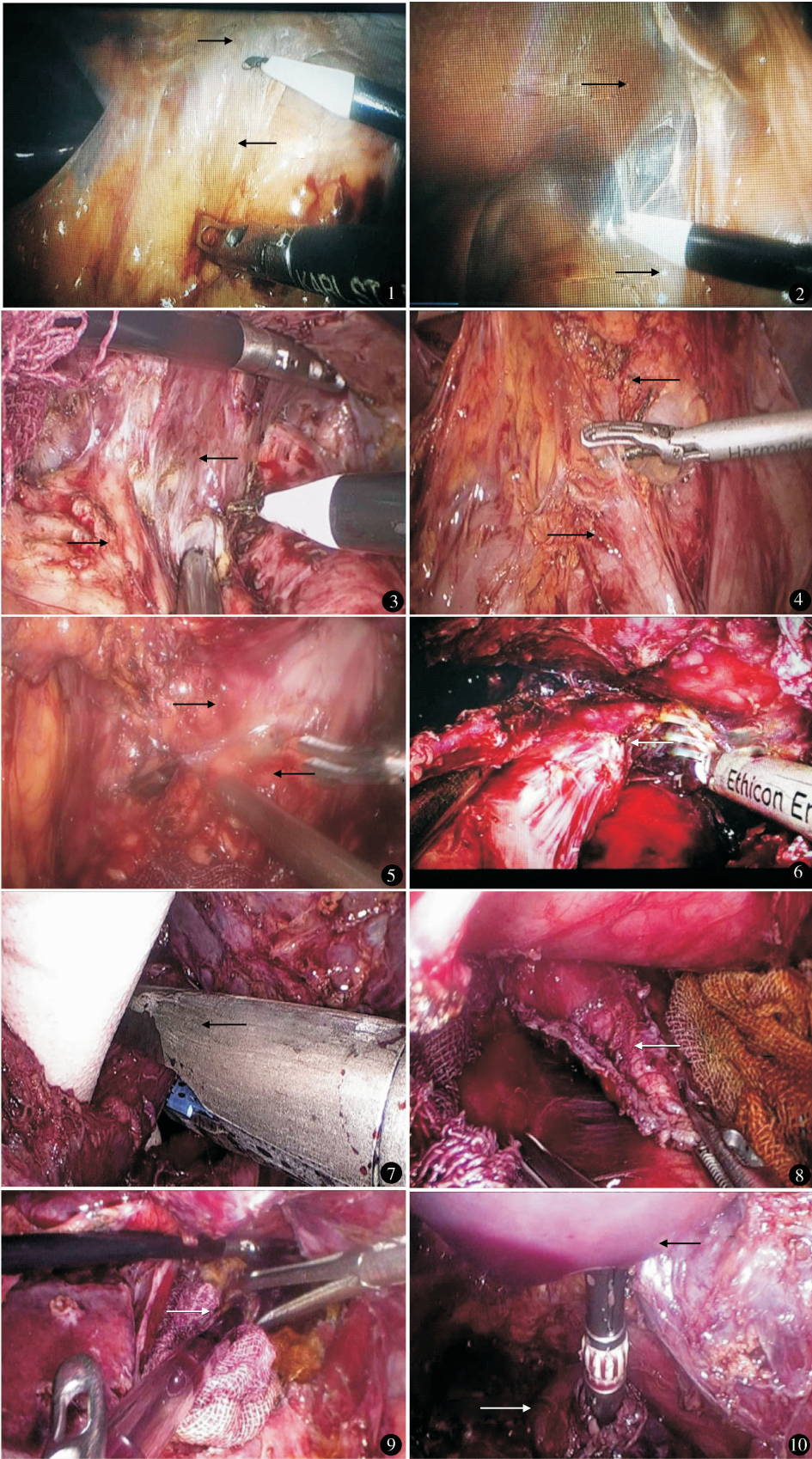


图 1 残胃与腹壁粘连 图 2 肝左叶与胃粘连 图 3 肝脏与胰腺粘连 图 4 胃与结肠粘连 图 5 胃与胰腺粘连 图 6 游离食管下段 图 7 直线切割闭合器切断食管 图 8 纵隔内食管断端 图 9 经口置入 Orvil 引导管 图 10 空肠食管断端吻合

(下转第 864 页)

(上接第 858 页)

总之,残胃再发癌已不是腹腔镜手术绝对禁忌证,在熟练掌握腹腔镜胃癌 D2 根治技术的基础上可尝试开展。由于残胃再发癌病例少,在腹腔镜下行残胃再发癌根治术还需要进一步总结经验,一支成熟而稳定的手术团队也是手术能否成功的重要因素。

## 参考文献

- 1 武爱文,季加孚. 残胃癌诊断与微创治疗应用现状. 中华胃肠外科杂志,2013,16(2):132-134.
- 2 陈峻青,王舒宝,邢承忠,等. 残胃癌与残胃再发癌的临床病理特点. 中华外科杂志,2000,38(9):674-676.
- 3 李平,黄昌明,郑朝辉,等. 腹腔镜下残胃癌的外科治疗(附 16 例报告). 消化肿瘤杂志,2011,3(3):171-174.
- 4 刘宏斌,于建平,许威,等. 腹腔镜残胃癌根治术空肠 R 型代胃食管-空肠三角吻合技术的应用研究. 中国肿瘤临床,2015,42(5):307-312.

- 5 张人超,徐晓武,牟一平,等. 腹腔镜手术治疗残胃癌 7 例分析. 中华胃肠外科,2016,19(5):553-556.
- 6 Son SY, Lee CM, Jung DH, et al. Laparoscopic completion total gastrectomy for remnant gastric cancer: a single-institution experience. Gastric Cancer,2015,18(1):177-182.
- 7 潘华,罗洪亮,黄俊,等. 既往腹部手术史对行腹腔镜胃癌根治手术影响的 Meta 分析. 中国普通外科杂志,2016,25(4):565-572.
- 8 李捷,王家兴,刘召洪,等. 腹腔镜根治性近端胃或全胃切除术中 3 种不同吻合器钉座置入方法的对比研究. 中国微创外科杂志,2017,17(6):515-518.
- 9 李敏哲,沈荐,杜燕夫,等. 进展期胃癌腹腔镜辅助与开腹全胃 D2 根治术临床疗效的比较. 中国微创外科杂志,2017,17(7):589-593.
- 10 Ahn HS, Kim JW, Yoo MW, et al. Clinicopathological features and surgical outcomes of patients with remnant gastric cancer after a distal gastrectomy. Ann Surg Oncol,2008,15(6):1632-1639.

(收稿日期:2017-12-24)

(修回日期:2018-05-02)

(责任编辑:李贺琼)