

全内脏反位“镜面人”腹腔镜直肠癌根治术 1 例

金杰波* 李院江 靳波 何涛 何祖坤

(云南省玉溪市人民医院胃肠外科, 玉溪 653100)

文献标识: D 文章编号: 1009-6604(2022)07-0606-03

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2022.07.016

完全性胸腹腔脏器反位是指胸腹腔内所有内脏器官的解剖位置与正常人完全相反,像镜子中的影像一样,又被称为“镜面人”,是一种极少见的先天性畸形。位置异位并不会导致器官功能缺陷,一般不会影响正常生活,但发生内脏疾病时,先天性解剖异常必将对疾病的诊断和手术治疗带来显著影响。国外有少量文献^[1,2]报道“镜面人”行腹腔镜结肠癌根治手术,但国内相关报道极少。我科 2022 年 3 月成功对 1 例“镜面人”直肠癌施行腹腔镜下直肠癌根治术,现报道如下。

1 临床资料

男,70 岁,2022 年 3 月 4 日因大便带血 1 年余,加重 1 周入院。患者 1 年余来反复大便带血,主要为粪便表面血染,呈鲜红色,每天解大便 2~3 次,便纸带血,至当地医院就诊,诊断“痔疮”,按痔疮治疗后便血症状改善不明显,1 周前患者自述便血的量增多,肠镜检查示直肠肿物性质待查,未取材活检,患者为求进一步诊治,以“直肠肿物”收住我院。专科查体: T 36.3℃, P 92 次/min, R 20 次/min, BP 100/74 mm Hg, 无贫血貌,腹平软,无压痛、反跳痛、肌紧张,全腹未扪及明显包块,移动性浊音阴性,肠鸣音 4 次/min。直肠指诊: 肛门括约肌张力可,进指 8~9 cm 勉强可触及肿物下极,质硬,活动度差,压痛,退指指套血染。术前血常规、生化、凝血常规、血气分析、CEA 和 CA199 无异常。肠镜检查距肛门 10 cm 黏膜环状结节样增生,肠腔狭窄,窥镜不能通过,病理: 中分化腺癌。增强 CT 检查: 直肠中上段管壁不均匀增厚,考虑直肠癌;直肠系膜区多发肿大淋

巴结,多考虑转移,胸部及腹腔器官左右完全转位(图 1)。肠系膜下动脉及分支三维 CT 重建显示为直乙共干型(图 2)。增强 MR 扫描: 直肠中上段肠壁不规则增厚并异常强化,考虑直肠癌(直肠系膜环周及周围血管丛受累可能),直肠系膜区多发淋巴结肿大,多考虑转移。

患者及家属拒绝新辅助治疗,完善术前准备,限期行“镜面人”腹腔镜下直肠癌根治术。气管插管全身麻醉,平卧截石位。气腹压力 10~12 mm Hg。于脐上及双侧腹直肌外侧缘穿刺并置入 trocar,腹腔镜监视器置于患者右脚处,主刀医生站患者左侧,第一助手站患者右侧,头低脚高位,向左倾斜。探查: 腹腔内无腹水,腹腔器官左右对换,肝脏、腹膜等未见转移,肿瘤位于腹膜返折上 2 cm,大小约 6 cm × 5 cm,质硬,乙状结肠位于右下腹。提起乙状结肠,中央入路解剖肠系膜根部直至显露肠系膜下动脉,保留左结肠动脉,清扫 253 组淋巴结, Hem-o-lok 夹夹闭后切断肠系膜下动静脉,沿 Toldt 间隙分离,保护右侧输尿管、下腹下神经无损伤,向下游离直肠至入盆处(图 3)。调换站位和体位,腹腔镜监视器置于患者左脚处,主刀医生站患者右侧,第一助手站患者左侧,患者体位头低脚高,向右倾斜,按全直肠系膜切除术(total mesorectal excision, TME)层面游离至肿瘤下方 5 cm,裸化直肠系膜,距肿瘤远端 3 cm 用腹腔镜下切割闭合器离断直肠。下腹正中做一直切口,长约 5 cm,进入腹腔后将肿瘤提出腹腔外,裁剪系膜,距离肿瘤近端 10 cm 切断结肠,用 29 号吻合器行降结肠、直肠端端吻合。检查吻合口通畅,无张力,血供良好。手术顺利,出血约 50 ml,手术时间

* 通讯作者, E-mail: 382880540@qq.com

225 min。术后解剖标本直肠系膜完整,术中冰冻提示远切缘阴性。术后无腹腔出血、吻合口出血、吻合口漏等并发症,术后 10 d 出院。术后病理(图 4、5):直肠中分化腺癌,癌组织浸润至浆膜下层,神经未见癌组织侵犯,脉管腔内未见癌栓,肿瘤大小约

8 cm × 5 cm;直肠远切端冰冻组织及近切端均未见癌组织,环周切缘阴性;肠周淋巴结 20 枚,其中 7 枚可见癌转移。患者术后拒绝化疗,术后 3 个月来院复查,未诉明显不适,二便正常,复查 CEA、CA199 正常,腹部 CT 未见复发和转移。

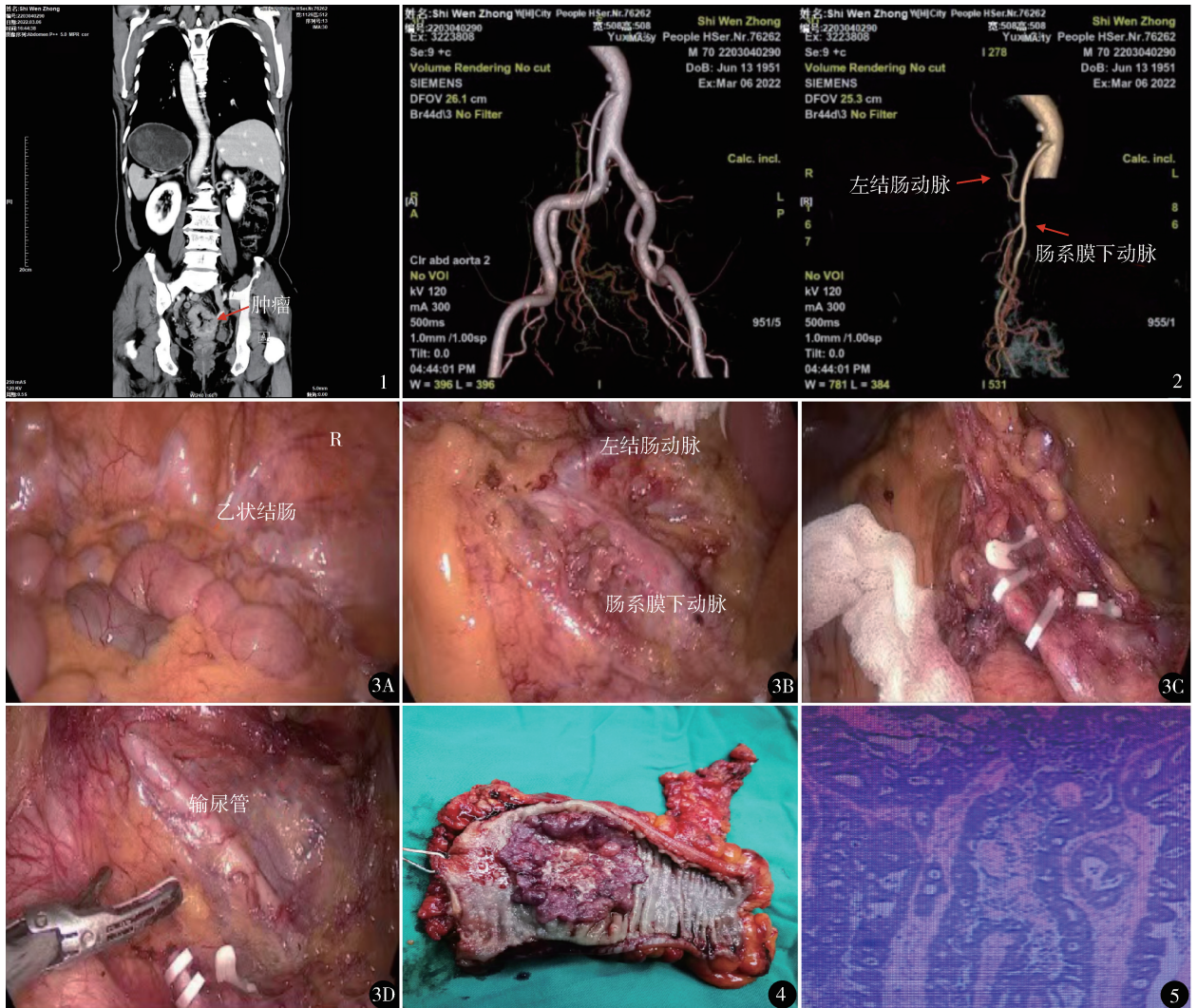


图 1 胸腹部增强 CT 示胸部及腹腔器官左右完全转位,直肠中上段肠壁不规则增厚并异常强化 图 2 肠系膜下动脉及分支三维成像示肠系膜下动脉分支为直乙共干型,单独分出左结肠动脉 图 3 A. 乙状结肠位于右下腹;B. 肠系膜下动脉分出左结肠动脉,清扫 253 组淋巴结;C. 保留左结肠动脉,离断肠系膜下静脉;D. 沿 Toldt 间隙向下拓展 图 4 大体肿瘤标本 图 5 显微镜下见癌组织浸润至浆膜下层,神经未见癌组织侵犯,脉管腔内未见癌栓,直肠近远切端未见癌组织,诊断直肠中分化腺癌(HE 染色 ×100)

2 讨论

国内有全内脏反位胆囊结石、胆管结石的手术报道^[3,4],诊断、治疗存在一定困难,全内脏反位直肠癌更为少见,手术难度更大。手术难度体现在术者手术操作过程中,思维定势、视觉反位、右手反位操作,往往显得很不适应。

我们体会如下:①对全内脏反位直肠癌患者应尽可能完善肠系膜下动脉及分支三维 CT 重建成像,以明确血管走行、分型,术前制定手术方案能否保留左结肠动脉^[5]。②全内脏反位直肠癌手术难度明显增加,需要由已成熟开展腹腔镜直肠癌根治术,经验丰富的腔镜外科医师来开展,需要具备扎实的解剖学知识和精确的解剖空间方位感,还应掌握

娴熟的腹腔镜下操作技术。③在解剖肠系膜下动脉及分支的时候,手术团队的娴熟配合尤为重要,助手适当牵拉、保持张力、充分暴露术野,主刀术中仔细辨认肠系膜下动脉、左结肠动脉、输尿管,不可盲目夹闭、切断任何管状结构。④布孔、体位、站位有讲究。理想的戳孔部位可尽量避免左右手惯性差异所引起的操作不便。清扫 253 组淋巴结、保留左结肠动脉、离断肠系膜下动静脉、拓展 Toldt 间隙阶段,主刀医师主操作孔为左侧腹平脐腹直肌外侧缘,患者头低脚高位,向左倾斜,进入盆腔阶段,主刀站位、体位改为常规腹腔镜直肠癌手术站位。通过不断调整站位、体位,更好地显露术野,便以操作。

腹部全内脏反位手术以胆道系统报道多见,镜面人直肠癌患者国内报道极少,手术操作相对比较复杂,但在充分的术前准备后,由腹腔镜技术经验丰富的医师施行腹腔镜镜面人直肠癌根治术。

参考文献

- 1 Chen W, Liang JL, Ye JW, et al. Laparoscopy-assisted resection of colorectal cancer with situs inversus totalis: A case report and literature review. *World J Gastrointest Endosc*, 2020, 12 (9) : 310 – 316.
- 2 Takeda T, Haraguchi N, Yamaguchi A, et al. Laparoscopic sigmoidectomy in a case of sigmoid colon cancer with situs inversus totalis. *Asian J Endosc Surg*, 2019, 12 (1) : 111 – 113.
- 3 陈大伟, 黄 侠, 黄 磊, 等. 内脏完全反位腹腔镜胆囊切除术: 附 2 例报告. *中国微创外科杂志*, 2016, 16 (5) : 478 – 480.
- 4 杨沿江, 杨传玉. 腹腔镜联合胆道镜治疗全内脏反位胆囊结石合并胆总管结石 4 例报告. *中国微创外科杂志*, 2019, 19 (9) : 862 – 864.
- 5 武爱文, 于 洋. 直肠癌手术保留左结肠动脉共识与争议. *中国实用外科杂志*, 2020, 40 (3) : 299 – 304.

(收稿日期: 2022 – 03 – 18)

(修回日期: 2022 – 06 – 12)

(责任编辑: 李贺琼)