

DOI:10.3724/SP.J.1008.2008.00711

• 短篇报道 •

后腹腔镜下根治性肾切除联合下腹部斜形小切口治疗上尿路肿瘤

Retroperitoneal laparoscopic radical nephrectomy combined with hypogastrium oblique incision for upper tract transitional cell carcinoma

邓晓俊^{1,2}, 郎根强², 庄剑秋², 徐丹枫^{1*}

1. 第二军医大学长征医院泌尿外科, 上海 200003

2. 解放军第411医院泌尿外科, 上海 200081

[关键词] 肾盂肿瘤; 输尿管肿瘤; 腹腔镜术

[中图分类号] R 737.1

[文献标志码] B

[文章编号] 0258-879X(2008)06-0711-02

肾输尿管全长切除及经同侧输尿管开口周围壁瓣切除是治疗上尿路肿瘤的标准术式^[1], 但传统的手术方法需腰部 and 下腹部两个切口, 该术式损伤较大、患者心理负担重、恢复慢且并发症较多。1992年 Gaur^[2]首创了球囊扩张术成功分离后腹膜, 使后腹膜途径成为可能。现腹腔镜技术已广泛用于泌尿外科手术。由于此术式具有损伤小、恢复快等优点, 越来越被广大患者所接受。2006年5月至2007年4月, 笔者应用后腹腔镜下根治性肾切除联合下腹部斜形小切口治疗上尿路肿瘤12例, 效果满意, 现报告如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料 本组12例患者中男8例, 女4例, 年龄52~79岁, 中位年龄64岁, 右侧输尿管肿瘤4例(下段3例, 中段1例), 左侧输尿管肿瘤5例(上段3例, 下段2例), 肾盂肿瘤3例。所有患者均有反复间断肉眼血尿病史, 术前均行B超、静脉肾盂造影、CT、输尿管镜活检检查, 证实为泌尿上皮癌。

1.2 手术方法 全麻后, 气管插管, 留置导尿。取健侧卧位, 抬高腰桥, 常规消毒铺巾。于腋后线肋缘下(A点)切开皮肤1.5 cm, 用血管钳钝性分离穿过腰背筋膜, 左手示指在肾周间隙稍作分离, 置入气囊扩张器, 充入空气约600~800 ml, 左手示指从A点伸入后腹腔, 在示指的引导下于腋中线髂前上棘2 cm(B点)、腋前线肋缘下(C点)分别置入10 mm、5 mm Trocar, A点置入10 mm Trocar, 缝合缩紧A点切口, 防止漏气。开始手术前先经C点 Trocar 进气孔充入CO₂, 使压力保持在15 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)左右, 观察镜由B点置入, 超声刀从A点置入。先于肾下极处分离出输尿管, 钛夹夹闭输尿管后尽量沿输尿管向下游离后放置。沿肾周筋膜腹侧逐渐向肾门方向游离, 直至分离出肾动、静脉, 分别于近心端 hom-o-lock 双重结扎, 远心端 hom-

o-lock 单层结扎后锐性离断。完全游离肾脏及输尿管上段后, 探查创面无活动性出血, 肾窝放置负压引流管后关闭切口。改为平卧位, 常规消毒铺巾。同侧作下腹部斜形小切口约5~6 cm, 向内推开腹膜, 暴露输尿管。游离输尿管至膀胱壁间段, 7号丝线结扎输尿管, 行输尿管下段并膀胱袖套状切除, 用2-0可吸收线全层及浆肌层加固缝合膀胱, 从斜形下切口处完整取出肾脏及输尿管。创面彻底止血后, 留置负压引流管, 缝合切口, 结束手术。

2 结果

手术平均时间(155.3±38.9) min, 术中平均出血量(121.5±20.1) ml, 术中、术后均未输血, 1例术后出现皮下气肿, 3 d后完全吸收, 无其他并发症。术后下床活动平均时间2 d, 术后禁食平均时间(46.3±14.7) h, 术后平均引流量(214.0±30.9) ml, 术后引流管留置时间3~4 d, 术后1周拔除导尿管, 术后平均(6.0±2.3) d拆线出院, 术后病理均提示泌尿上皮癌。术后随访2~12个月, 均无复发或病灶转移。

3 讨论

自 Kerbl 等^[3]1993年首次报道用腹腔镜行肾输尿管切除术治疗上尿路肿瘤以来, 该技术发展迅猛。Gill 等^[4]研究显示腹腔镜下根治性肾输尿管全切除术疗效与开放手术相比无显著差异, 而在术中出血、术后进食、术后下床活动及住院时间等方面明显优于开放手术。Goel 等^[5]对腹腔镜下肾盂癌手术与开放手术的病例在手术标本切缘阳性率、无瘤存活率等方面进行了比较, 发现两者无明显差异。Miyake 等^[6]研究表明上尿路肿瘤的预后与分级、分期密切相关, 与是否淋巴结清扫无关。因此, 腹腔镜较开放手术行上尿路肿瘤根治术具有明显优势。

[收稿日期] 2008-03-14 [接受日期] 2008-03-20

[作者简介] 邓晓俊, 医师. E-mail: deng810729@126.com

* 通讯作者(Corresponding author). Tel: 021-63610109-73341, E-mail: xudf-mr@vip.sina.com

腹腔镜下肾盂输尿管肿瘤根治术的手术方式较多,各种手术方式的主要差别是对于下段输尿管和膀胱袖套状切除的处理方式不同,而中上段输尿管及肾脏的切除与后腹腔镜下肾脏根治性切除相同。我们采用先后腹腔镜下肾脏根治性切除,再经同侧下腹部斜形小切口行患侧输尿管下段并膀胱袖套状切除术。我们认为该手术有以下优点:(1)后腹腔镜下肾输尿管上段切除,可减少腰部切口,且由于腹腔镜的放大作用、视野更加清晰,术中出血少、损伤小、止血彻底、有利于体力恢复。(2)下腹部斜形小切口,此法在直视下行下段输尿管及膀胱袖套状切除术,手术时间短,手术范围确实、可靠,操作简单、快捷。(3)正常人肾脏大小约 10 cm×5 cm×6 cm^[7],要从腰部将切除肾脏连同所属输尿管完整取出,必定要横断腰部肌肉,而下腹部斜形小切口,可减轻损伤而达到同样效果。(4)该术式整体切口小,术后整体外观较好。

本手术术中要点:(1)如为肾盂或上段输尿管肿瘤时,在后腹腔镜下操作时应先游离输尿管,并在肿瘤下端钛夹夹闭输尿管;如为下段输尿管肿瘤,在去下腹部斜形小切口后游离输尿管至膀胱壁间段时,应用 7 号丝线结扎输尿管,此目的是为了预防术中挤压肾脏输尿管时肿瘤细胞脱落进入膀胱,可减少肿瘤种植概率。这与 Kume 等^[8]认为尽早夹闭输尿管可以降低膀胱内种植转移肿瘤的发生率是相符的。(2)后腹腔镜下钛夹夹闭输尿管后,应顺势沿输尿管尽量向下游离,以提高从下腹部斜形小切口完整取出标本的成功率,减少拉伤输尿管机会。(3)进行肾脏根治性切除时,应先分离出肾动、静脉,分别用 *hom-o-lock* 近心端双重结扎,远心端单结扎后锐性离断。这样既可节省器械进出 Trocar 次数,节省了时间,又可因减少肾脏血供而使其体积缩小,便于游离肾脏,更重要的是减少了游离肾脏时出血。(4)取标本时,应遵循着力均匀、牵拉缓慢、宁慢勿快的原则,以求完整取出。

本术式适应证的选择:B超、CT等检查发现肾盂、肾盏或输尿管病变,尿路造影发现肾盂、肾盏或输尿管充盈缺损

或输尿管镜检查见输尿管、肾盂肿瘤并行活检,证实为泌尿上皮癌者,均可采用该术式。对于体形较矮、较胖、肾体积较大、肿瘤外侵、周围粘连或患侧有手术史者,采用传统开放术式,术野显露充分,便于操作。

我们认为本术式具有手术时间短、视野显露清晰、术中出血少、操作便捷、术后并发症少、恢复快、住院时间短等多种优点,具有临床推广价值。

[参考文献]

[1] 吴阶平. 泌尿外科学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1993: 110-111.
 [2] Gaur D D. Retroperitoneoscopy: the balloon technique[J]. Ann R Coll Surg Engl, 1994, 76: 259-263.
 [3] Kerbl K, Figenshau R S, Clayman R V, Chandhoke P S, Kavoussi L R, Albala D M, et al. Retroperitoneal laparoscopic nephrectomy: laboratory and clinical experience[J]. J Endourol, 1993, 7: 23-26.
 [4] Gill I S, Sung G T, Hobart M G, Savage S J, Meraney A M, Schweizer D K, et al. Laparoscopic radical nephroureterectomy for upper tract transitional cell carcinoma: the cleveland clinic experience[J]. J Urol, 2000, 164: 1513-1522.
 [5] Goel A, Hemal A K, Gupta N P. Retroperitoneal laparoscopic radical nephrectomy and nephroureterectomy and comparison with open surgery[J]. World J Urol, 2002, 20: 219-223.
 [6] Miyake H, Hara I, Gohji K, Arakawa S, Kamidono S. The significance of lymphadenectomy in transitional cell carcinoma of the upper urinary tract[J]. Br J Urol, 1998, 82: 494-499.
 [7] 刘方. 人体解剖学[J]. 3版. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 119.
 [8] Kume H, Teramoto S, Tomita K, Nishimatsu H, Takahashi S, Takeuchi T, et al. Bladder recurrence of upper urinary tract cancer after laparoscopic surgery[J]. J Surg Oncol, 2006, 93: 318-322.

[本文编辑] 孙岩

欢迎订阅

《第二军医大学学报》 ISSN 0258-879X
 CN 31-1001/R
 上海市翔殷路 800 号(邮编: 200433) 邮发代号: 4-373

JOURNAL OF MEDICAL COLLEGES OF PLA ISSN 1000-1948
 CN 31-1002/R
 上海市翔殷路 800 号(邮编: 200433) 邮发代号: 4-725