

DOI:10.16781/j.0258-879x.2021.01.0115

• 病例报告 •

肝后下腔静脉旁孤立性纤维性肿瘤切除 1 例报告

宋浩, 马红艳, 胡舒阳, 姜小清*

海军军医大学(第二军医大学)东方肝胆外科医院器官移植科, 上海 201805

[关键词] 下腔静脉旁肿瘤; 腹膜后肿瘤; 纤维组织肿瘤; 手术切除

[中图分类号] R 735.4

[文献标志码] B

[文章编号] 0258-879X(2021)01-0115-02

Resection of solitary fibrous tumor adjacent to retrohepatic inferior vena cava: a case report

SONG Hao, MA Hong-yan, HU Shu-yang, JIANG Xiao-qing*

Department of Organ Transplantation, Eastern Hepatobiliary Surgery Hospital, Naval Medical University (Second Military Medical University), Shanghai 201805, China

[Key words] tumor adjacent to inferior vena cava; retroperitoneal neoplasms; fibrous tissue neoplasms; surgical resection

[Acad J Sec Mil Med Univ, 2021, 42(1): 115-116]

1 病例资料 患者男, 47岁, 因“双下肢水肿2个月”于2019年3月27日入院。患者既往有高血压病史1年, 复方利血平胶囊每天1粒口服治疗, 血压控制平稳, 平时健康状况良好; 吸烟史20年, 平均每天10支。入院体格检查: 心肺未见异常, 腹部平软, 无压痛及反跳痛, 未触及腹部包块, 移动性浊音阴性, 肠鸣音正常, 双下肢水肿。实验室检查无明显异常。上腹部超

声检查示右上腹混合包块, 大小约10 cm×5.5 cm。腹部增强CT检查示腹膜后囊性占位、腹水(图1A); 三维重建提示肿瘤位于肝后下腔静脉右后方, 与腹主动脉相邻, 有数支小动脉从腹主动脉分出向肿瘤供血, 肿瘤压迫下腔静脉, 右腰升静脉扩张(图1B)。术前诊断: 腹膜后占位、高血压病。

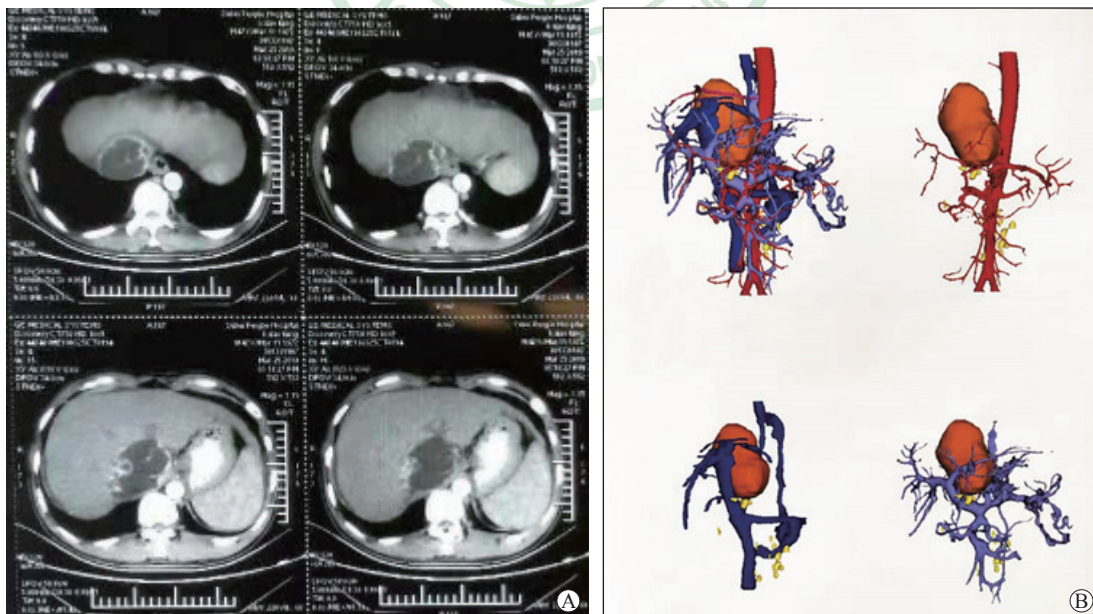


图1 增强CT检查(A)及三维重建(B)示肿瘤与周围大血管关系密切

CT: 计算机断层扫描.

[收稿日期] 2020-05-30

[接受日期] 2020-10-27

[作者简介] 宋浩, 博士, 主治医师. E-mail: songhaoamos@sina.com

* 通信作者(Corresponding author). Tel: 021-81887573, E-mail: jxq1225@sina.com

2019年4月16日在全身麻醉下行腹膜后肿瘤切除术。手术过程:患者全身麻醉后取左侧卧位,采取经腹途径,取右肋缘下切口。腹腔探查见肿瘤位于肝后下腔静脉右后方,自膈肌向下沿下腔静脉生长,大小约10 cm×6 cm,与膈肌和后腹膜组织粘连紧密,左侧与腹主动脉相邻且关系密切。先游离肝镰状韧带、右冠状韧带、右三角韧带、肝结肠韧带,完全游离右半肝,见肿瘤沿肝后下腔静脉生长,部分腔静脉受压,术中紧贴肿瘤壁逐步切除,采用直角钳小心上下分离肿瘤与下腔静脉,遇血管结扎;与下腔静脉粘连紧密处,用剪刀贴瘤体锐性分离;结扎或缝扎来自腹主动脉的肿瘤供血血管分支,分离过程中遇出血点一律缝扎。仔细完整切除肿瘤,避免肿瘤内容物流出。手术过程中与下腔静脉或腹主动脉相连的小出血点也需准确钳夹,用4-0号血管线行8字缝合止血,出血点不明确时不可反复钳夹、缝扎,以免造成更大破口。术中需准备腔静脉钳,以防下腔静脉损伤出现难以控制的大出血。肿瘤完整切除后,术区放置引流管1根,查无出血后逐层关腹。手术时间135 min,出血量约50 mL。

术后病理:大体见大小约10 cm×6 cm薄壁囊性肿物,内含淡黄色液体。镜下观察提示(腹膜后)孤立性纤维性肿瘤伴囊性变,免疫组织化学染色显示Ki-67(+,约10%)、CD34(+)、波形蛋白(+)、Bcl-2(部分+)、CD99(灶+)、STAT6(核+)。患者术后恢复顺利,无术后并发症,于2019年4月22日出院,随访1年半未见异常。

2 讨论 原发性腹膜后肿瘤指起源于腹膜后间隙的肿瘤,早期发现困难。腹膜后肿瘤多呈膨胀式生长^[1],且多有包膜,对周围组织的影响多是压迫邻近器官,侵犯周围组织的情况较少发生,因此大多数肿瘤可完整切除。对于无广泛腹腔转移的腹膜后肿瘤,目前仍以手术治疗为主^[2]。

本例患者肿瘤位于肝后下腔静脉右后方,位置较难暴露,需要先锐性分离右肝三角韧带和右肝镰状韧带,暴露第三肝门,其间须仔细结扎或缝扎小血管,同时避免损伤右侧肾上腺,手术难度较大。例如,在剥离肿瘤过程中,撕裂下腔静脉可引起难以控制的大出血,甚至导致患者死亡,因此对该类肿瘤患者术前需要准确评估,明确肿瘤与周围组织的关系,术中操作须精细。对于本例患者,术前使用CT三维重建明确了肿瘤与下腔静脉的关系和肿瘤供血情况。值得注意的是,本例患者的肿瘤还毗邻腹主动脉,存在众多交通血管,进一步增大了手术难度。为了避免损伤腹主动脉而导致不可控制的大出血,我们在术中仔细、钝性分离肿

瘤与腹主动脉之间的结缔组织,严格结扎来自腹主动脉的供血分支。腹膜后血管丰富,术中渗血有时较多,我们在渗血处滴加去甲肾上腺素注射液(6 mg溶解于100 mL生理盐水),起到了很好的止血效果。

总结本例手术经验,我们认为造成腹膜后肿瘤切除术操作困难的原因不是肿瘤体积大,而是肿瘤恶性程度高、侵犯范围大、与大血管粘连紧密。对于有大血管侵犯而不能直接剥离的腹膜后恶性肿瘤,可先切除受侵犯的血管壁,再用5-0血管缝线横向缝合切除的血管。若肿瘤侵犯下腔静脉范围较大而不能直接缝合时,则需要切除受侵犯段,之后再人工血管进行血管移植。若术中出现大出血,应立即用手或纱布压迫出血部位。对于出血部位明确、显露清楚的,可在直视下缝合修补;如肿瘤影响出血部位显露,建议先迅速将肿瘤完整切除或部分切除,再缝合破损血管,止血后再切除残余的肿瘤组织。如果肿瘤内含有囊液,影响手术操作,不易切除时,为避免损伤周围组织或导致大出血,可先放出囊液再切除,注意囊液不能污染腹腔和切口。

对腹膜后肿瘤的定位和定性诊断目前主要依靠增强CT和MRI检查^[3],但这些检查缺乏立体感观,使术者不能全面了解肿瘤与周围组织的关系。根据多年切除腹膜后肿瘤的经验,我们建议术前对位置复杂的肿瘤进行影像学三维重建,明确肿瘤与周围组织结构的关系,有利于肿瘤完整切除、避免大出血等。腹膜后恶性肿瘤有浸润性生长的特点,需要做到R0切除,防止肿瘤复发。本例腹膜后肿瘤因位置特殊,且与下腔静脉及腹主动脉紧密相邻,故首选开腹手术。术后镜下病理示孤立性纤维性肿瘤,为低度恶性肿瘤,术后随访1年半未见并发症及肿瘤复发。腹膜后肿瘤虽然手术难度大,但通过术前准确评估和术中精准操作,能够安全、顺利地完整切除。

[参考文献]

- [1] WU J M, MONTGOMERY E. Classification and pathology[J]. *Surg Clin North Am*, 2008, 88: 483-520, v-vi.
- [2] SCHWARZBACH M H, HOHENBERGER P. Current concepts in the management of retroperitoneal soft tissue sarcoma[J]. *Recent Results Cancer Res*, 2009, 179: 301-319.
- [3] YANG D M, JUNG D H, KIM H, KANG J H, KIM S H, KIM J H, et al. Retroperitoneal cystic masses: CT, clinical, and pathologic findings and literature review[J]. *Radiographics*, 2004, 24: 1353-1365.

[本文编辑] 杨亚红