腹腔镜全结肠切除治疗家族性腺瘤性息肉病 9 例报道

甄四虎,侯会池,王少文,李 伟,刘 伟 (石家庄白求恩国际和平医院普通外科,河北 石家庄 050082)

[摘 要] **目的** 探讨腹腔镜在全结肠切除治疗家族性腺瘤性息肉病(FAP)的应用价值。**方法** 9 例家族性腺瘤性息肉病患者应用腹腔镜实施全结肠切除术,对手术及术后恢复情况进行总结分析。**结果** 9 例 FAP 患者手术均获成功,无中转开腹手术病例,手术时间 230 ~ 310 min,术中失血量 80 ~ 210 mL,肛门排气时间为术后 2 ~ 3 d,住院时间为 12 ~ 14 d,随访 6 ~ 36 个月,术后恢复良好。**结论** 腹腔镜全结肠切除治疗家族性腺瘤性息肉病,手术创伤小,术中出血少,切口小美观,术后恢复快,效果良好。

[关键词] 腹腔镜;全结肠切除;家族性腺瘤性息肉病
[中图分类号] R735.35 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2013)06-0629-02

Laparoscopic total colectomy for familial adenomatous polyposis with a report of 9 cases

ZHEN Si-hu, HOU Hui-chi, WANG Shao-wen, LI Wei, LIU Wei (Department of General Surgery, Betune Internatiomal Peace Hospital, Shijiazhuang Hebei 050082, China)

Abstract: Objective To explore the feasibility and safety of laparoscopic total colectomy for familial adenomatous polyposis. **Methods** All 9 patients with familial adenomatous polyposis received laparoscopic total colectomy were analyzed. **Results** Laparoscopic total colectomy was successfully performed in all the 9 patients. The operative time, blood loss, flatus and hospitalization were respectively 230 ~ 310 min, 80 ~ 210 mL, 2 ~ 3 days and 12 ~ 14 days. All patients were followed up for 6 ~ 36 months. The postoperative recovery was good. **Conclusion** Total colectomy can be successfully perfomed with laparoscopic assisted in treating familial adenomatous poliposis. It is a feasible and safe surgical procedure and can significantly improve the quality life.

Keywords: laparoscope; total colectomy; familial adenomatous poliposis

家族性腺瘤性息肉病(familial adenomatous polyposis, FAP)是一种常染色体显性遗传的结直肠疾病[1-2]。因其具有癌变倾向,外科手术是治疗该疾病的有效治疗手段[3]。自 1991 年 Jacobs 等[4]首次用腹腔镜性结直肠手术成功以来,随着腹腔镜技术的不断发展,腹腔镜结直肠癌根治在许多有条件的医院得以开展,但由于腹腔镜全结肠切除技术难度大,目前国内开展此项技术并不多。对于腹腔镜下大范围的结直肠游离切除手术仍存有争议[5]。我们医院自 2009 年 4 月至 2012 年 12 月对 9 例家族性腺瘤性息肉病患者实施了腹腔镜全结肠切除术,效果满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 9 病例中,男 4 例,女 5 例,年龄 16 ~ 39 岁,平均 26 岁,其中 8 例有结肠息肉病家族史。临床表现为间歇性腹痛,大便次数增多,肛门下坠感,脓血便,6 例肛门指诊可触及直肠多发息肉。术前结肠镜检查见结肠内布满大小不等的腺瘤样息肉,部分息肉带蒂,部分息肉基底较宽,表面呈菜花状,其中有 6 例病理提示息肉癌变,5 例有不同程度消瘦及贫血。术前检查心肺肝肾等重要脏器功能无异常,术前经营养支持、病情稳定后实施手术。

1.2 手术方法

采用全麻插管静脉复合麻醉。取截石位,两腿尽量放低,根据手术的进程调整体位。建立 CO_2 气腹,压力维持在 12 mmHg。采用 5 孔法,戳孔选择,脐部腹腔镜观察孔采用 10 mm 套管、右下腹阑尾麦氏点部位采用 12 mm 套管及左上腹腹直肌外侧缘采用 10 mm 套管,以方便术者操作,右上腹及左下腹采用 5 mm 套管。镜下应用超声刀游离全结肠,游离顺序按盲肠、升结肠、横结肠、降结肠、乙状结肠及直肠,根据手术进程调整体位。按无瘤原则,游离肠段时先阻断血管,游离回结肠动静脉、右结肠动静脉及结肠中动静脉根部,分别用生物夹夹闭,切断,近端双夹。用超声刀游离切开盲肠升结肠侧腹膜、肝结肠韧带及大网膜,操作者与助手变化位置后继续按顺时针方向游离,同样首先阻断所供血管,游离横结肠左侧系膜血管及肠系膜下动静脉血管根部,分别上生物夹,近端双夹,剪断。游离胃结肠韧带、脾结肠韧带、降结肠、乙状结肠侧腹膜,超声刀进一步游离直肠中上段,保留远端直肠及肛门,保留的直肠内如有息肉可做电切。全结肠游离完毕。镜下腔内切割吻合器切割闭合直肠。于下腹部做 3 ~ 5 cm 切口,皮肤保护器隔离切口,将全结肠提出腹外,切除部分回肠、全结肠及部分直肠。将末端回肠制作成"J"形储袋,肠道吻合器做回肠 - 直肠"J"形储袋吻合术。无菌蒸馏水 3 000 mL 冲洗腹腔及盆腔,术闭,盆腔内置 1 根引流管由左下腹引出,逐层关腹。

DOI:10.11659/jjssx.1672-5042.201306020
[收稿日期] 2013-04-29 [修回日期] 2013-05-20

2 结果

9 例患者手术顺利均获成功,无中转开腹,无手术并发症。下腹壁切口长度约 3 ~ 5 cm。手术时间平均 245 min(230 ~ 310 min),术中出血平均 120 mL(80 ~ 210 mL),术后排气时间平均 2.1 d(2 ~ 3 d),住院时间平均 13 d(12 ~ 14 d)。切除标本术后均送病理证实为结肠多发性腺瘤性息肉病,其中 6 例提示息肉癌变。6 例腺瘤癌变患者术后实施化疗。化疗周期为 4 周,共 6 次。术后随访 6 ~ 36 个月,所有患者恢复良好,无肿瘤局部复发、远处转移及死亡。

3 讨论

FAP 由结肠腺瘤性息肉基因突变引起结直肠多发性腺瘤形成,该病多为年轻患者,具有家族遗传性,父母均可遗传,子代不分性别,发病率 50%,约 20% 的患者无家族史,一般为 20 ~ 30 岁发病,早期临床症状不明显,其特点是全结肠布满大小不等的腺瘤样息肉或绒毛状腺瘤,带蒂,甚至累及直肠,癌变率较高,癌变可为多灶性,如不进行手术干预,几乎 40 岁前后均可发生癌变[6]。临床治疗主要为外科手术行全结肠切除术。随着腹腔镜技术的不断发展,利用腹腔镜微创技术在右半结肠癌根治、左半结肠癌根治、乙状结肠癌根治以及直肠癌根治中已广泛应用,但由于腹腔镜全结肠切除术手术切除范围广泛,镜下操作复杂,对术者及助手的技术难度要求高,手术时间相对较长等因素的影响,国内外文献报道不多[7-8]。我们医院自 2009 年 4 月至 2012 年 12 月先后完成了 9 例结肠多发性腺瘤性息肉病患者的腹腔镜全结肠切除术。无手术及术后并发症,手术时间与传统开腹时间大致相当,手术出血量比传统手术明显减少,术后排气时间、平均住院日比开腹手术缩短,腹壁切口为 3 ~ 5 cm,患者恢复较为满意。

与传统开腹手术相比,应用腹腔镜微创技术实施全结肠切除术,因手术过程复杂,手术范围大,结肠血管多,处理血管的技术要求高,不但要求操作者有熟练的腹腔镜操作技能,而且要有极大的耐心及耐力。必须有良好的术野暴露,超声刀在解剖层面上游离,能有效地控制好出血及缩短手术时间。尤其在处理回结肠动静脉、右结肠动静脉、结肠中动静脉、肠系膜下动脉等结肠主要血管要从根部游离,保留端用生物夹双夹。游离顺序可按回盲部 - 升结肠 - 结肠肝曲 - 横结肠 - 结肠脾曲 - 降结肠 - 乙状结肠 - 直肠进行,超声刀首先应游离供应该肠段的主要血管,从血管根部上生物夹,剪断。然后在解剖层面上游离系膜及肠段。在游离过程中要注意避免损伤双侧输尿管、十二指肠、胰腺、肝脏、脾脏等重要脏器。在操作过程中,根据游离部位的不同,术者及助手根据显示屏的位置而变化。对于术前结肠镜及病理检查提示息肉癌变的患者,腹腔镜操作同样遵循肿瘤学原则,虽然目前尚无循证医学的证据表明,从根部断扎回结肠动静脉、结肠右动脉静脉、结肠中动静脉以及肠系膜下动静脉可以提高患者术后生存率,但就保证手术的根治性而言,理应从系膜血管根部结扎,游离清除其周围的淋巴结。有学者研究表明[9],腹腔镜结直肠癌根治术与开腹手术在淋巴结清扫上并无显著区别。本组手术切除肠管的范围、肠系膜血管的切断位置及淋巴结的清扫严格按照开腹手术的根治原则,从而确保了手术的根治效果[10]。随访 6 ~ 36 个月,效果满意,无术后复发及死亡病例。

总之,腹腔镜下全结肠切除术的优越性在越来越多的临床实践中不断显现出来[11]。但由于腹腔镜结直肠手术的开展时间尚短,其远期疗效须在大宗病例随机的前瞻性研究及循证医学的基础上做进一步的探讨,才能得到全面正确的结论。

[参考文献]

[1] Rustgi AK. The genetics of hereditary colon cancer[J]. Genes Dev, 2007,21(20):2525 - 2538.

[2] 董立国,蒲永东,何建苗. 家族性结肠息肉病患者的诊断及治疗[J]. 中国优生及遗传杂志,2008,16(11):111 - 112.

[3] 赵 亮,何若冲,畅任伟,等. 家族性腺瘤息肉病 6 例报告并国内文献复习[J]. 山西医科大学学报,2011,42(7):586 - 588.

[4] Jacobs M, Verdeja JC, Goldstein HS. Minimally invasive colon resection (laparoscopic colectomy)[J]. Surg Laparosc Endosc, 1991, 1(3):144 - 150.

[5] 陶凯雄,王国斌,张 波,等. 腹腔镜辅助下全结直肠切除术治疗结直肠多发性疾病[J]. 腹腔镜外科杂志,2006,11(4):274 - 276.

[6] Pokala N, Delaney CP, Senagore AJ, et al. Laparoscopic vs open total colectomy: a case-matched comparative study[J]. Surg Endosc, 2005, 19(4):531 - 535.

[7] 苏雪彤,庞黎明. 腹腔镜下全结直肠切除术治疗家族性大肠息肉病 9 例临床分析[J]. 微创医学,2008,3(6):578 - 579.

[8] Hasegawa H, Kabeshima Y, Watanabe M, et al. Randomized controlled trial of laparoscopic versus open colectomy for advaned colorectal cancer [J]. Surg Endosc, 2003, 17(4):636 - 640.

[9] Fukunaga Y, Higashino M, Tanimura S, et al. Laparoscopic colorectal surgery for neoplasm. A large series by a single surgeon[J]. Surg Endosc, 2008, 22(6):1452 - 1458.

[10] 池 畔,黄 颖. 腹腔镜全结肠系膜切除术[J]. 中华消化外科杂志,2012,11(1):49 - 51.

[11] 乔 唐,柏斗胜,徐永健,等. 腹腔镜全结肠切除术在家族性腺瘤性息肉病中的临床应用(附 4 例报道)[J]. 中国普外基础与临床杂志,2010,17(8):843 - 844.

(编辑:杨 颖)