DOI:10.16016/j.1000-5404.1996.02.050

全切除腹膜后复发性巨大神经鞘瘤一例

个案与短篇

Total resection of a huge recurrent retroperitoneal neurolemmoma

董家鸿 蔡景修 顾红光 吴 刚 (第三军医大学附属西南医院肝胆外科中心)重庆,630038

1 病例资料

患者女性,48岁。1990年2月因持续右上腹胀痛在重庆市四院剖腹手术发现并切除了腹膜后胎儿头大肿块;术后一年因肿瘤复发在该院第二次手术又切除相似大小腹膜后肿块;病检均为"良性间叶瘤"。1993年1月再度出现逐渐增大的右上腹包块,伴右上腹痛、餐后饱胀及双下肢凹陷性水肿,于1993年6月21日转入我科治疗。体检发现右中上腹类球形肿块,其上极延伸于右季肋部,下极抵右肋缘下10 cm,内缘已抵腹中线左侧4 cm。B超、CT、全消化道钡透、核素肾图及下腔静脉造影等影像学检查显示腹膜后巨大肿瘤,累及右膈、肝脏、肝外胆道、胰腺、胃、十二指肠、空回肠、结肠、右肾及下腔静脉等重要脏器。于1993年7月9日在全麻下第三次手术,完整切除腹膜后巨大肿瘤。术中发现:肿瘤为多发实质性,主瘤为椭球形,30 cm×20 cm×15 cm大,位于肝后及右侧腹膜后间隙;其上极推移右膈顶使之升高至9肋缘下,并将右肝压迫萎缩成厚约3 cm的薄片状;其下极位于髂前上棘水平,将右半结肠、小肠向下推至盆腔;其右、前、后缘为胸腹壁;其左侧缘越过中线抵脊柱左侧3 cm,将代偿增大之左半肝、胃、十二指肠及胰头体部推向左前下方,胆总管、门静脉和肝动脉被推挤拉长变细而紧贴左侧腹壁,膈以下20 cm下腔静脉段被肿瘤弧形推移至脊柱前方甚至左侧;腹主动脉也向左侧移位;在T_{10}～T_{11}水平,肿瘤包绕下腔静脉,使之受压呈显著狭窄;肿瘤血供丰富,有多数粗大侧支直接汇入下腔静脉;紧邻主瘤之下后方尚有15 cm×8 cm×8 cm形态不规则呈囊性变的子瘤,包绕向左前方转位而呈水平位的左肾生长,右输尿管上段也包绕在子瘤及致密纤维结缔组织中而难以辨认;在脊柱右侧旁及移位的下腔静脉后方还有8颗蚕豆大至鸽蛋大球形子瘤,手术过程中,分别从肿瘤的两侧面及下极游离主瘤与腹壁的粘连后,逐步分离其与胃、十二指肠、结肠、胰腺、肝十二指肠韧带及右肝之间粘连,右后壁与肿瘤紧固粘连的2 cm长胆外胆管予以切除;切除萎缩变薄的右半肝以显露主瘤与下腔静脉及膈肌之间粘连,劈开肿瘤后游离为肿瘤包绕并紧密粘连的下腔静脉段,并切断自肿瘤汇入下腔静脉的所有侧支;分离肿瘤基底部与后腹壁的粘连,将主瘤完整切除。切断右输尿管上段,劈开包绕右肾之子瘤,将其与右肾及输尿管分离切除。逐个清除脊柱及下腔静脉附近的子瘤;修复胆管和右输尿管,并将腹腔脏器复位。手术历时11 h,出血约6000 ml,输血4000 ml。切除肿瘤组织总重量为5600 g,其中主瘤重5200 g。病理诊断为腹膜后神经鞘瘤。术后在密切监护及营养支持下,恢复顺利。术后36 d出院,恢复正常工作,术后随访一年半,肿瘤无复发。

2 讨论

腹膜后巨大肿瘤累及腹部重要脏器,尤其是包绕腹膜后大血管、肾脏和输尿管等常给手术带来严重困难,这是肿瘤切除率低而复发率高的主要原因[1,2]。手术切除腹膜后巨大肿瘤的基本原则是在直视下逐步分离肿瘤和处理受累的脏器及大血管。本例位于右膈下、突向胸腔、且包绕肝后下腔静脉的肿瘤上极被受压变薄的肝右叶掩盖,此时切除右肝是充分显露肿瘤上极的最佳径路。良性肿瘤可包绕压迫下腔静脉但不直接侵犯血管壁,一般不需切除下腔静脉。手术的关键是保护下腔静脉及其属支,避免损伤,否则极易造成难以控制的大出血。为防止下腔静脉损伤,可作包膜内分离切除肿瘤。若如本例肿瘤包绕压迫下腔静脉、肾脏或输尿管,可劈开肿瘤后分离其与受累血管或器官间的粘连。对肿瘤与肝外胆管或输尿管紧固粘连者,可切除受累胆管或输尿管段,并行对端吻合修复缺损。

关键词 原发性腹膜后肿瘤;神经鞘瘤

中图法分类号 R730.264

参考文献

1 Scrio G, Tenchni P, Nifosi F *et al*. Surgical strategy in primary retroperitoneal tumors. Br J Surg,1989;76(4):385

2 张寿熙,胡德胜,卢晓明.原发性腹膜后肿瘤手术处理的探讨.实用外科杂志,1991;11(6):285

(收稿:1995-09-19;修回:1996-02-20)

(编辑 刘 鹏)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net