

· 临床研究 ·

腹膜后腹腔镜手术治疗肾盂旁囊肿 28 例报道

蒲 军, 吴小侯, 王德林, 张 尧

(重庆医科大学附属第一医院泌尿外科 400016)

摘要:目的 讨论腹膜后腹腔镜手术治疗肾盂旁囊肿的方法及疗效。方法 回顾性分析 28 例腹膜后腹腔镜手术治疗肾盂旁囊肿的临床资料。结果 除 1 例术中中转开放手术外,其余 27 例手术均获成功。手术时间 22~96 min(平均 44 min),出血量 10~80 mL(平均 35 mL),住院日 4~8 d(平均 5 d)。除术中发生腹膜破裂 1 例、皮下气肿 1 例、皮肤穿刺孔延迟愈合 2 例外,无其他严重并发症发生。22 例患者随访 6~12 个月,未见复发。结论 腹膜后腹腔镜手术治疗肾盂旁囊肿是一种创伤小、恢复快、安全、有效的治疗方式。

关键词:腹腔镜;肾盂;囊肿

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.33.013

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2011)33-3359-02

28 cases of parapelvic cyst treated by retro-peritoneal laparoscopic operation

Pu Jun, Wu Xiaohou, Wang Delin, Zhang Yao

(Department of Urology, the First Affiliated Hospital, Chongqing Medical University, Chongqing 400016, China)

Abstract: Objective To investigate the technique and effect of retro-peritoneal laparoscopic operation in treatment of parapelvic cyst. **Methods** To retrospective analysis clinical data of 28 patients of parapelvic cyst treated by retro-peritoneal laparoscopic operation. **Results** 27 patients of parapelvic cyst were treated by retro-peritoneal laparoscopic operation successfully, except 1 cases were converted from the laparoscopic procedure to open surgery. The time of operation was 22—96 min, the mean operation time was 44 min. The intraoperative blood loss was 10—80 mL, the mean intraoperative blood loss was 35 mL. The time of hospital stay was 4—8 days, the mean hospital stay was 5 days. No severe complication occurred except peritoneal rhexis was observed in 1 case and pneumoderma was observed in 1 case and the skin of puncture late healed were observed in 2 patients. 22 patients were followed up for 6—12 months after operation, parapelvic cysts no longer recurred. **Conclusion** Parapelvic cyst treated by retro-peritoneal laparoscopy operation is a safe and effective technique with the advantages of little trauma and rapid recovery.

Key words: laparoscopes; kidney pelvis; cysts

当肾囊肿的囊壁全部或部分位于肾窦内即被称为肾盂旁囊肿。其病因可能与先天发育异常或肾门周围淋巴管的慢性炎症等因素有关。其发病率较低,约占肾囊肿的 1%~3%。由于肾盂旁囊肿位置深,与肾蒂血管、肾盂、输尿管相邻,以前曾误认为是腹膜后腹腔镜手术的禁忌证。自 2009 年 1 月至 2011 年 6 月本科开展腹膜后腹腔镜手术治疗肾盂旁囊肿 28 例,效果满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 28 例患者中男 17 例,女 11 例;年龄 31~68 岁,平均 44.5 岁。因腰腹部胀痛不适就诊进一步检查发现肾盂旁囊肿 13 例,因其他疾病就诊进行 B 超检查偶然发现肾盂旁囊肿 8 例,因健康体检进行 B 超检查发现肾盂旁囊肿 7 例。左侧肾盂旁囊肿 18 例,右侧肾盂旁囊肿 10 例;单纯肾盂旁囊肿 21 例,另 7 例除肾盂旁囊肿外还合并有同侧肾脏其他部位 1 个或 1 个以上的肾囊肿(但排除多囊肾)。肾盂旁囊肿直径约 4~9 cm,平均 5.6 cm。所有患者均经过 B 超、CT 及静脉尿路造影(IVU)检查证实为单纯性肾囊肿,除外扩大的肾盏、肾盂、肾积水、多囊肾及囊性肾癌的可能。术前检查心、肝、肾、肺、凝血功能等均正常,无手术禁忌证,术前常规准备。

1.2 手术方法 采用全麻,患者取健侧卧位,健侧腰部尽量垫高。先于 12 肋下方肋脊角处皮肤做 2 cm 长横切口,用血管钳钝性分离皮肤、皮下组织、肌层及腰背筋膜,然后将食指伸入腹膜后间隙,将腹膜向前、向内推移,尽量扩大腹膜后间隙,然后在扩大的腹膜后间隙置入自制的气囊,注水 300 mL 以进一步扩大腹膜后间隙。在腋中线髂嵴上 2 cm 处皮肤做 1 cm 切口,

在扩大的腹膜后间隙用食指作引导直接用 10 mm Trocar 穿刺,穿刺方向向上与皮肤约成 20°角,刺入腹膜间隙可获得落空感,取出穿刺针芯,保留套管。在腋前线 12 肋尖附近皮肤做 0.3 cm 切口,在扩大的腹膜后间隙用食指作引导直接用 5 mm Trocar 穿刺,穿刺方向向外与皮肤约成 20°角。穿刺前确保该处腹膜已经被推开。刺入腹膜间隙可获得落空感,取出穿刺针芯,保留套管。经肋脊角处切口置入 12 mm Trocar,将该 Trocar 周围皮肤严密缝合收紧以免漏气。开放气腹机,压力设定为 12 mm Hg。经 10 mm Trocar 穿刺套管置入腹腔镜观察,观察腹膜有无破裂,后腹膜腔有无出血点,若有出血点先电凝止血以保持术野清楚。尽可能在腰大肌前上方先显露 Gerota 筋膜并切开,这样可减少腹膜损伤并有利于游离肾脏。先于肾下极分离出输尿管上段,沿其向上分离显露肾盂,在肾盂周围看到的囊性淡蓝色结构即为所要寻找的肾盂旁囊肿。尽可能多的钝性分离囊肿周围组织,以便暴露囊肿。若囊肿位于肾蒂血管、肾盂、输尿管之间暴露困难,可将上述结构分别游离并清楚显示,将肾盂输尿管向背侧推开,肾蒂血管向腹侧推开,沿囊壁外间隙分离。若囊肿位置深仍暴露困难,可先用超声刀在囊壁上打孔吸尽囊液后,轻提囊壁进行游离。根据需要可选择性游离肾脏上、下极,前、后方以及整个肾脏,以帮助暴露肾盂旁囊肿或处理其他部位的肾囊肿。游离肾囊肿周围组织应该使用超声刀且动作轻柔,以避免术野出血影响手术操作。一般将囊肿充分游离后,可刺破囊壁,观察囊液有无异常,吸尽囊液,在囊壁边缘距离肾实质约 5 mm 处用超声刀裁剪囊肿顶部囊壁,检查囊壁残端是否有出血,若有出血应电凝止血,然后观察

囊肿内壁是否光滑、有无新生物、是否与肾盂相通等。确认手术区无异常后,取出标本送检,经 Trocar 穿刺套管置入引流管牢固固定,缝合皮肤,结束手术。

2 结 果

27 例患者手术均获成功,1 例患者术中中转开放手术,是因为患者肥胖,加之术野出血,不清楚,手术区暴露困难。手术时间 22~96 min(平均 44 min),出血量 10~80 mL(平均 35 mL),术后 24~48 h 拔除腹膜后引流管,住院日 4~8 d(平均 5 d)。所有患者病理诊断均为单纯性肾囊肿。除术中发生腹膜破裂 1 例(因裂孔小于 1 cm,未进行修补),皮下气肿 1 例(未进行特殊处理),皮肤穿刺孔延迟愈合 2 例(7~9 d 拆线后伤口裂开,进行了再次缝合)外,无其他严重并发症发生。22 例患者随访 6~12 个月,未见复发。

3 讨 论

肾囊肿起源于肾小管,病变起始为肾上皮细胞增殖而形成之肾小管壁囊肿扩大或微小突出,其内积聚了肾小球滤过液或上皮分泌液,与肾小管不相通^[1]。由于肾盂内压力较低,肾盂旁囊肿通常挤压肾盂,故肾盂旁囊肿较其他部位肾囊肿更容易较早出现肾盂积水,继而引发腰痛、血尿、结石、感染等症状或后果^[2]。本组 28 例,其中 13 例因腰腹胀痛不适而就诊,其余 15 例均是偶然发现。

肾盂旁囊肿的诊断较容易,根据病史、体格检查、结合 B 超、IVU 及 CT 检查一般都能准确诊断。一般认为患者有明显症状,囊肿直径 4 cm 以上,肾实质或肾盂肾盏明显受压,或压迫输尿管导致梗阻,可以考虑手术治疗。目前肾盂旁囊肿的手术治疗方式有 3 种:经皮肤穿刺注入硬化剂、传统开放性肾囊肿去顶减压术、腹膜后腹腔镜肾囊肿去顶减压术^[3]。经皮肤穿刺注入硬化剂治疗肾盂旁囊肿虽然创伤小,但受囊肿位置的影响穿刺失败的可能性较大,穿刺时极易损伤肾蒂血管、肾盂、输尿管,并且对于较大的囊肿治疗效果不理想,易复发。传统的开放性肾盂旁囊肿去顶减压术虽然疗效肯定,但手术创伤大、术中出血量多、患者恢复慢、住院时间延长。而腹膜后腹腔镜肾盂旁囊肿去顶减压术创伤小、出血量少、并发症少、术后恢复快、疗效确切,是肾盂旁囊肿的首选手术治疗方式^[2-4]。本组 27 例患者手术均获成功,平均手术时间 44 min,平均出血量 35 mL,平均住院时间 5 d,无严重并发症发生。随访 6~12 个月未见复发,与文献报道基本一致^[5-7]。

为了提高手术成功率,减少并发症,作者认为经腹膜后腹腔镜手术治疗肾盂旁囊肿应该在以下环节加以注意:(1)术前应该进行 B 超、CT 及 IVU 检查,以减少误诊及漏诊。(2)术者在手术前应该充分熟悉肾脏及囊肿周围的解剖结构。(3)手术过程中应该确保腹腔镜器械工作性能良好,尤其是摄像显示系统清晰,腹膜后气腹压力恒定。(4)手术操作过程要求动作轻柔,避免强行分离,尽量使用电凝钩或超声刀进行游离,以减少术野出血,保持手术操作区域组织结构清楚非常重要。(5)寻找肾盂旁囊肿时,要求囊肿周围组织应该充分游离,但应该紧贴囊肿表面进行,避免损伤周围器官。肾囊肿在腹腔镜下观察呈淡蓝色外观,容易与肾脏鉴别。如果术中寻找困难:①根据术前 CT 定位作指引仔细寻找;②或是先找到输尿管,沿其上分离显露肾盂,在肾盂周围寻找;③充分暴露和游离肾蒂血管、肾盂、输尿管,牵拉或推离上述结构寻找;④在囊壁打孔吸

尽囊液后轻提囊壁寻找。(6)裁剪囊肿壁时应该尽量靠近肾实质,一般主张距离肾实质 3~5 mm 为宜,以减少术后复发的机会。(7)术中应该注意观察囊内液体的颜色,如果出现血性液体或囊壁不光滑有新生物时,应该进行开放手术探索及术中冰冻切片检查,以除外囊性肾癌可能。(8)腹膜后腹腔镜手术治疗肾盂旁囊肿时应该同时作好开放手术的准备,当出现术野出血、手术视野不清楚、手术区暴露困难等情况时,应该果断中转开放性手术,以避免损伤周围器官。本组 1 例患者术中及时中转开放手术,未出现严重并发症。

腹膜后腹腔镜手术治疗肾盂旁囊肿损伤小、术中失血少、术后疼痛轻、恢复快、住院时间短、无严重并发症^[8-10],而且经腹膜后途经对呼吸、循环影响小^[11]。因此,该方法应该是目前治疗肾盂旁囊肿的一种非常理想的方法。

参考文献:

- [1] 吴阶平, 吴阶平泌尿外科学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2004: 1715-1718.
- [2] 张彤, 杨景国, 梁磊. 后腹腔镜手术治疗 16 例肾盂旁囊肿[J]. 中国微创外科杂志, 2009, 9(8): 731-732.
- [3] 张楠, 单中杰, 韩前河, 等. 肾盂旁囊肿简易分型在后腹腔镜去顶减压术中的应用[J]. 山东医药, 2011, 51(7): 85-86.
- [4] 孙方许, 王天济, 陈强, 等. 肾盂旁囊肿 8 例的诊断与治疗[J]. 临床泌尿外科杂志, 2004, 19(6): 375-376.
- [5] Camargo AH, Cooperberg MR, Ershoff BD, et al. Laparoscopic management of peripelvic renal cysts: University of California, San Francisco. experience and review of literature[J]. Urology, 2005, 65(5): 882-887.
- [6] Yoder BM, Wolf JS. Long-term outcome of laparoscopic decortication of peripheral and peripelvic renal and adrenal cysts[J]. J Urol, 2004, 171(2/1): 583-587.
- [7] Doulas K, Skrepofis K, Lykourinas M. Laparoscopic ablation of symptomatic peripelvic renal cysts[J]. J Endourol, 2004, 18(1): 45-48.
- [8] Basiri A, Hosseini SR, Tousi VN, et al. Ureteroscopic management of symptomatic, simple parapelvic renal cyst[J]. J Endourol, 2010, 24(4): 537-540.
- [9] Umemoto Y, Okamura T, Akita H, et al. Clinical evaluation of parapelvic renal cysts: do these represent latent urolog malignant disease? [J]. Asian Pac J Cancer Prev, 2009, 10(6): 1119-1120.
- [10] Shiraishi K, Eguchi S, Mohri J, et al. Laparoscopic decortication of symptomatic simple renal cysts: 10-year experience from one institution[J]. BJU Int, 2006, 98(2): 405-408.
- [11] Kiryluk K, Gupta M. A large obstructive parapelvic cyst: challenging diagnosis and management[J]. Kidney Int, 2007, 71(9): 955-956.