

· 短篇及病例报道 ·

腹腔纱布瘤 4 例诊治分析

詹 玮¹, 张汝一^{1△}, 甄运寰¹, 廖 欣², 李 珩³

(贵阳医学院附属医院: 1. 肛肠外科; 2. 影像科; 3. 病理科, 贵州贵阳 550004)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2014.10.048

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2014)10-1279-02

纱布瘤(Gossypiboma)由 Wilson 于 1884 年首次报道^[1]。腹腔残留的异物中, 纱布瘤是较为罕见的一种医源性疾病, 可以静止不发展, 也可诱发一系列炎症反应, 这种反应可能导致化脓性炎症、组织纤维化或肉芽肿的形成, 甚至出现类似肿瘤性质的表现。

1 临床资料

病例 1, 女, 37 岁。因“意外发现右中下腹包块 1 年”入院, 1 年前无意中发现在右中下腹有一包块, 自感包块逐渐增大, 无明显腹痛, 偶感包块处不适, 无恶心、呕吐、便血、黑便等不适。既往 3 年前有右侧卵巢畸胎瘤手术史, 余无特殊。体格检查: 腹部稍丰满, 中下腹可见陈旧手术疤痕, 右中下腹可扪及大小约 70 mm×60 mm 包块, 并有压痛, 无反跳痛及肌紧张, 肠鸣音 4 次/分。肛门指检无异常。全腹 CT 平扫示右中下腹部见一混杂密度肿块影, 大小约 58 mm×78 mm×71 mm, 边缘清晰, 其内似见迂曲条状等密度影, 肿块壁厚, 呈稍高密度; 肿块与回盲部分界欠清, 邻近肠管受压。行增强 CT 后肿块壁明显强化, 肿块内部未见强化。术前诊断: 右侧卵巢巨大囊实性肿块, 良恶性待查? 完善各项术前准备后, 行剖腹探查术治疗。术中见肿物位于右中下腹, 可见包膜, 与升结肠近端粘连, 分离较困难, 遂行肿物剥离术。病理检查: 肉眼见包块大小约 55 mm×75 mm×70 mm, 质稍韧, 表面有包膜, 切开后可见陈旧性黄染纱布; 镜下可见肉芽组织增生, 大量炎症细胞浸润, 并可见异物巨细胞形成。诊断: 腹腔异物性肉芽肿。

病例 2, 女, 44 岁。因“右上腹不适半年, 饱胀不适 10 d”入院, 感腹部不适, 无明显腹痛、腹胀, 无恶心、呕吐, 无大便性状改变, 无便血及黑便。既往 10 年前曾行开腹胆囊切除术, 有糖尿病病史, 余无特殊。体格检查: 腹部丰满, 右上腹可见陈旧性手术疤痕, 并扪及一圆形包块, 边界尚清楚, 大小约 100 mm×120 mm, 质韧偏硬, 活动度差, 轻压痛, 无反跳痛及肌紧张, 肠鸣音 4 次/分。肛门指检无异常。腹部 CT 平扫示右上腹有一巨大圆形囊性占位, 大小约 130 mm×115 mm×128 mm, 边界尚清楚, 上界与肝脏相邻, 下界至右肾前下方、右侧腰大肌旁, 肿块壁较薄, 其内可见条絮状、漩涡状等密度影漂浮于其中, 病灶周围脂肪间隙清晰, 腹腔、腹膜后均未见肿大淋巴结。术前诊断: 肠系膜囊肿? 完善各项术前准备后, 行剖腹探查术。术中见包块位于右上腹, 活动度稍差, 与肝脏下缘、升结肠、十二指肠、右肾上极及右侧侧腹壁粘连较严重, 予小心分离后, 将此包块完整切除。病理检查: 肉眼见包块表面凹凸不平, 欠光滑, 大小约 100 mm×120 mm×130 mm, 质韧, 剖开包块可见脓性液体流出, 还可见包块中心为陈旧黄染纱布; 镜下可见大片凝固性坏死纤维组织增生及异物肉芽肿。诊断: 腹腔残留异物性肉芽肿。

病例 3, 女, 37 岁。因“自感右下腹包块 3 年”入院, 3 年前发现右下腹一包块, 未予重视, 近 3 个月感包块增大, 偶有疼痛, 无腹胀、恶心、呕吐等不适。3 年前有阑尾切除手术史, 余无特殊。体格检查: 腹部平坦, 右下腹可见陈旧手术疤痕, 右下腹可扪及一类圆形包块, 大小约 40 mm×40 mm, 边界欠清, 活动欠佳, 右下腹深压痛, 无反跳痛及肌紧张, 肠鸣音 3 次/分。肛门指检无异常。腹部 CT 平扫示右侧髂窝区有一类圆形软组织肿块影, 大小约 51 mm×49 mm×62 mm, 边缘较光滑, 病灶与末段回肠及右侧附件关系密切。腹部增强 CT 示包块周边实质部分可见明显强化, 中央囊性区域未见强化。术前诊断: 腹腔良性占位。完善各项术前准备后, 行剖腹探查术。术中见包块位于右下腹, 与升结肠近端及部分小肠粘连固定, 将此包块完整切除。病理检查: 包块表面有包膜, 触之出血, 质地偏韧, 大小约 50 mm×55 mm×45 mm, 切开病灶后可见陈旧性黄染纱布条; 镜下可见脓性炎症并脓肿形成, 其内可见较多缝线头伴异物肉芽肿形成, 炎症细胞浸润, 纤维化形成, 并可见异物巨细胞形成。诊断: 右下腹异物性肉芽肿。

病例 4, 女, 28 岁。因“反复右下腹疼痛不适 6 个月, 加重 4 d”入院。患者近 6 个月来感右下腹间歇性隐痛不适, 伴有大便习惯改变, 未发现血便及黑便, 无腹胀、恶心、呕吐。既往 9 个月前曾行剖宫产术, 余无特殊既往史。体格检查: 腹部丰满, 中下腹可见陈旧性手术疤痕, 右下腹可扪及一约 70 mm×80 mm 质韧包块, 有压痛, 无反跳痛及肌紧张, 肠鸣音 5 次/分。肛门指检无异常。腹部 CT 平扫示右下腹可见一软组织肿块影, 大小约 76 mm×85 mm×56 mm, 边缘欠光滑, 病灶与升结肠近端关系密切。术前诊断: 间质瘤? 完善术前准备后, 行右半结肠根治术。术中见包块位于右下腹、升结肠内侧, 与升结肠关系不清, 遂行右半结肠切除。病理检查: 肉眼所见肿块表面光滑, 质韧偏软, 病灶大小约 90 mm×80 mm×60 mm, 切开后发现有陈旧性黄染纱布; 镜下见大量炎症细胞, 可见一些淋巴样细胞增生及嗜酸性小体, 肉芽组织形成, 亦可见有异物巨细胞。诊断: 右下腹异物性肉芽肿。

2 讨 论

2.1 腹腔纱布瘤的病因 纱布瘤是一种报道不多的医源性病变。腹腔纱布瘤是开腹手术将纱布条或纱布垫遗留在腹腔内形成的假肿瘤样病变, 其临床表现各有不同。可因残留的纱布引起异物反应, 一些纱布瘤患者可引起感染或脓肿的形成出现相应的症状, 而另外一些患者也可没有任何症状^[2], 不过患者都有明确的腹腔手术病史。外科所用的无菌纱布均是棉质质量, 它不具有刺激作用, 在一定时间内不会产生任何生化反应, 当时间较长后可能造成对周围组织的粘连并形成炎性肉芽肿, 因此可能导致患者长时间无任何症状^[3]。从影像学征象来看,

会被诊断为肿瘤或者脓肿,而最终诊断需行手术后才能明确。为了能将纱布在 X 线下显影,20 世纪有研究者就将所有手术用无菌纱布内加入金属丝,这样就能减少此疾病的发生和诊断的误诊率。但长时间被遗留在腹腔内加上肠蠕动等作用,造成此金属丝折断、盘曲,甚至崩解,X 线诊断将变得困难。纱布瘤不仅只发生在腹腔,还可能发生在胸腔、阴道及乳腺等外科手术部位。国外的研究发现,纱布瘤的发生多在急诊手术和手术较多的科室^[4]。当然也与术前术后纱布清点不准确,手术时间长,手术者疲劳操作等因素有关。

2.2 腹腔纱布瘤的临床特点 腹腔纱布瘤的临床表现各异,没有典型性。通常会有疼痛、肿块和发热的临床表现^[5]。腹腔包块出现在腹腔手术后某个时期,纱布瘤根据被发现的时间长短分为急性型和慢性型;术后 2 周内发现称为急性型,术后 2 周以上发现称为慢性型^[6]。它可以表现为感染性病变或者肿瘤样病变^[7]。患者可无意中发现腹腔包块,部分患者有腹痛、腹胀、发热等表现,甚至可能会出现腹膜炎,Kataria 等^[8]报道腹腔纱布瘤发生术后早期易引起粘连性肠梗阻,亦有报道出现手术切口感染、不愈合,甚至瘘的发生^[9]。但约 1/3 的患者无明显的腹痛、腹胀、恶心、呕吐、排便习惯改变、发热等临床表现;临床诊断较困难,而腹部 CT 是目前最有效的诊断方法^[10]。

2.3 腹腔纱布瘤影像学及病理学表现 腹部 CT 检查是目前最常用和最有效的检查方法^[11]。通过腹部 CT 检查可见囊性或实性肿块并与邻近组织、器官的关系^[12]。肿块表现为不均匀混杂密度软组织影,壁较厚,增强后壁由于含大量纤维结缔组织而呈明显强化,其内容物无强化。纱布瘤会产生渗出性炎症反应,一种是脓肿的形成,一种是异物性肉芽肿。前者通常发生在术后早期,导致各种瘘的发生可能。腹腔内放置时间越长,发生瘘的风险越高。应用手术切除后送病理检查,此肿块质地相对韧且偏软,没有恶性肿瘤质硬的特征,且切开后可见陈旧性的黄染纱布,还可见肉芽肿组织及炎症细胞浸润。

2.4 腹腔纱布瘤的诊断与鉴别诊断 诊断此疾病有一定的难度,在发病初期它不具有典型特性,所以常常会造成误诊,加之对患者既往手术史的忽略及对 CT 影像的认识不足,均可能造成对此疾病的误诊^[13]。但是通过详细的病史询问及体格检查,并仔细地阅读腹部 CT 的影像学检查,在诊断上有很大的帮助。因为术前 CT 检查是此疾病诊断的主要依据,但最终的确诊还是需要外科手术明确。鉴别诊断需与恶性肿瘤、囊肿、寄生虫、炎性假瘤,尤其是腹腔内包块与胃肠道关系紧密,易误诊为胃肠道间质瘤。发生于腹腔的肿块,通过腹部 CT 检查可见具有良性病变的特征,肿块内部可见云雾状或漩涡状稍高密度影,增强后壁强化,内容物无强化;结合患者既往腹腔手术病史,应首先考虑腹腔纱布瘤。

异物残留在人体内是一个医疗差错的问题,往往很少报道,它涉及医疗差错甚至医疗事故的范畴。预防纱布瘤的发生是最好的措施,可以避免此疾病的发生。诊断已明确的病例告诫临床医生们,手术时需要持有认真仔细的工作态度,细心且耐心的操作。由于医务工作者在工作中的失误给患者带来了巨大的生理和心理创伤,作者通过这些案例,希望能得到大家的关注,避免类似情况的发生。作者建议:(1)手术所用物品精确的术前、术中及术后计数;(2)手术探查时需按一定程序;(3)

使用有金属丝标记的无菌纱布。一旦确诊纱布瘤,应尽早行手术治疗,以免患者遭受更多的痛苦。在手术操作过程中必须严格地遵守医疗规则、严格地完成术中任何物品的计数,使该病发生率降到最低,纱布瘤的预防胜于治疗。

参考文献:

- [1] Manzella A, Filho PB, Albuquerque E, et al. Imaging of gossypibomas: pictorial review[J]. AJR Am J Roentgenol, 2009, 193(6 Suppl): S94-101.
- [2] Erdil A, Kilciler G, Ates Y, et al. Transgastric migration of retained intraabdominal surgical sponge; gossypiboma in the bulbos[J]. Intern Med, 2008, 47(7): 613-615.
- [3] Alis H, Soyly A, Dolay K, et al. Surgical intervention may not always be required in gossypiboma with intraluminal migration[J]. World J Gastroenterol, 2007, 13(48): 6605-6607.
- [4] Kawamura Y, Ogasawara N, Yamamoto S, et al. Gossypiboma Mimicking Gastrointestinal Stromal Tumor Causing Intestinal Obstruction: A Case Report[J]. Case Rep Gastroenterol, 2012, 6(2): 232-237.
- [5] O'Connor AR, Coakley FV, Meng MV, et al. Imaging of retained surgical sponges in the abdomen and pelvis[J]. AJR Am J Roentgenol, 2003, 180(2): 481-489.
- [6] 巴图尔, 刘焱, 左玲芝, 等. 4 例纱布瘤的影像诊断[J]. 中华放射学杂志, 2007, 41(6): 663-665.
- [7] Buluş H, Şimşek G, Coşkun A, et al. Intraabdominal gossypiboma mimicking gastrointestinal stromal tumor; a case report[J]. Turk J Gastroenterol, 2011, 22(5): 534-536.
- [8] Kataria SP, Garg M, Marwah S, et al. Postoperative Adhesive Intestinal Obstruction from Gossypiboma[J]. Ann Med Health Sci Res, 2012, 2(2): 206-208.
- [9] Kato T, Yamauchi K, Kinoshita K, et al. Intestinal Obstruction due to Complete Transmural Migration of a Retained Surgical Sponge into the Intestine[J]. Case Rep Gastroenterol, 2012, 6(3): 754-759.
- [10] Justo JW, Sandler P, Cavazzola LT. Retained surgical sponge mimicking GIST: Laparoscopic diagnosis and removal 34 years after original surgery[J]. J Minim Access Surg, 2013, 9(1): 29-30.
- [11] Greenberg CC, Regenbogen SE, Lipsitz SR, et al. The frequency and significance of discrepancies in the surgical count[J]. Ann Surg, 2008, 248(2): 337-341.
- [12] Cheon JW, Kim EY, Kim KY, et al. A case of gossypiboma masquerading as a gastrointestinal stromal tumor[J]. Clin Endosc, 2011, 44(1): 51-54.
- [13] Özaydin I, Elmali M, Çelik B, et al. Intrathoracic gossypiboma; a diagnostic challenge[J]. Diagn Interv Radiol, 2013, 19(3): 263-264.