

DOI: 10.12235/E20210040

文章编号: 1007-1989 (2021) 08-0086-03

临床报道

镜面人腹腔镜右肝后叶肿瘤切除术

杨斌, 陈潇, 罗建生, 毛根军

(浙江大学医学院附属金华医院 肝胆胰外科, 浙江 金华 321000)

摘要: **目的** 探讨腹腔镜肝切除术在治疗镜面人右肝后叶肿瘤中的临床效果。**方法** 回顾性分析1例腹腔镜肝切除术治疗镜面人右肝后叶肿瘤患者的临床资料, 观察手术时间、术后并发症等情况。**结果** 腹腔镜肝切除术顺利完成, 未中转开腹, 手术时间208 min, 术后无出血、胆漏和腹腔感染等并发症发生, 术后8 d出院。**结论** 只要腹腔镜肝切除术经验丰富、术前规划良好以及术中操作精细, 腹腔镜肝切除术治疗镜面人右肝后叶肿瘤就是安全可行的, 且微创、并发症少。

关键词: 镜面人; 肝肿瘤; 腹腔镜肝切除; 微创; 并发症

中图分类号: R735.7

内脏器官反位是一种罕见的先天性畸形, 分为全内脏反位和部分内脏反位两种类型。全内脏反位是指心、肝、脾和胃等胸腹腔不成对器官位置与正常人相反, 如正常人在镜子中的影像一样, 故又称之为“镜面人”。韩国HONG等^[1]报道了1例镜面人行腹腔镜右半肝切除术, 但国内相关报道极少。本科2019年成功对1例肿瘤位于右肝后叶Ⅵ段和Ⅷ段的镜面人施行了腹腔镜下肝肿瘤切除术。现报道如下:

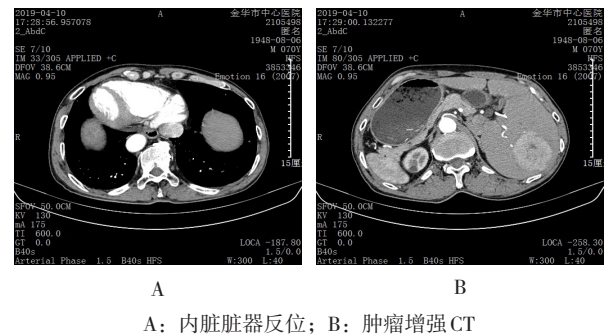
1 临床资料

患者男, 70岁。因体检发现肝肿瘤3 d入院, B超提示: 内脏反位, 右肝不均质低回声团, 大小约6.0 cm × 5.0 cm。患者主诉无明显不适症状, 既往无特殊病史、饮酒史和手术史, 入院前体重无明显下降。入院查体: 皮肤巩膜无黄染, 无慢性面容, 腹平软, 未触及肿块, 移动性浊音阴性, 肠鸣音正常, 双下肢无水肿, 体重指数为21.1 kg/m²。血常规: 白细胞 $5.4 \times 10^9/L$ 、血红蛋白136 g/L、血小板 $228 \times 10^9/L$, 甲胎蛋白4.03 ng/mL, 白蛋白42.8 g/L, 总胆红素25.1 μmol/L, 凝血酶时间12.4 s。乙型肝炎表面抗原、乙型肝炎e抗体、乙型肝炎核心抗体均为阳性, 乙型肝炎病毒定量低于检测下限。肝功能Child-Pugh分级为A级, ICGR15为4.6%。影像学检查证实为镜面人

(图1A), 腹部增强CT (图1B) 及腹部增强磁共振成像 (magnetic resonance imaging, MRI) 均提示: 肝占位、肝癌可能性大, 肿瘤位于右肝后叶Ⅵ段和Ⅷ段。患者肝功能正常, 一般情况可, 为单发肿瘤, 科室讨论后决定治疗方案: 首选手术治疗, 可考虑行腹腔镜下肝癌切除术, 必要时中转开腹。完善术前准备, 行手术治疗。患者取分腿位, 全身麻醉下将腹腔镜监视器置于患者头侧, 主刀医生站患者右侧, 第一助手站患者左侧, 扶镜手站患者两腿之间, 患者左侧腰背部垫高约30°, 术中通过调整手术床使患者体位为头高脚低向右侧倾斜30°左右, 采用腹部五孔法操作: 脐孔下缘置入10 mm Trocar为A孔, 剑突下1.0 cm置入5 mm Trocar为B孔, B孔与A孔连线中点置入10 mm Trocar为C孔, 左锁骨中线脐上3.0 cm水平置入10 mm Trocar为D孔, 左腋前线肋下置入5 mm Trocar为E孔。主刀医生使用B孔及C孔进行操作, 其中C孔为主操作孔, 第一助手使用D孔和E孔进行操作。术中证实患者内脏器官反位, 肝脏呈肝硬化改变, 表面未见肿瘤, 肿瘤位于肝实质深部, 将肝周韧带游离后, 打开小网膜囊, 于第一肝门处放置预阻断带, 在右肝后叶大致范围内肝表面做一肝切取标记线, 使用超声刀沿标记线行肝肿瘤完整切除 (图2A), 用hem-o-lock夹或银夹夹闭管道结构, prolene线缝合活

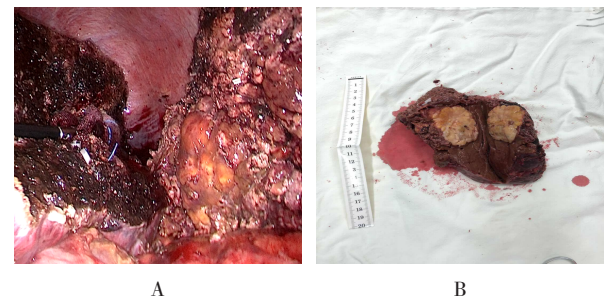
收稿日期: 2021-01-26

动性出血处, 进一步完善创面止血后, 将标本装入自制取物袋, 用温蒸馏水冲洗创面, 将B孔和C孔相连做一长约6.0 cm的上腹部正中切口, 将标本取出。检查创面无活动性出血及胆漏后, 放置膈下及肝下引流管, 从D孔和E孔引出。术中行第一肝门间隙阻断3次, 出血约1 000 mL, 输红细胞4 u, 血浆400 mL, 手术时间208 min, 术后解剖标本完整(图2B), 患者回外科病房, 未发生术后出血、胆漏和腹腔感染等并发症, 术后8 d出院。术后病理提示: 肝中分化肝细胞性肝癌(灰白灰黄结节, 大小5.6 cm × 5.0 cm × 4.5 cm), 未见明确脉管内癌栓, 切缘阴性, 周围肝细胞浊肿, 汇管区慢性炎细胞浸润(图3)。患者术后共行3次肝动脉栓塞治疗, 术后8个月复查腹部MRI未见肿瘤复发(图4A), 后因新冠肺炎疫情爆发, 有5个月未对患者进行随访观察, 于术后13个月再次复查腹部MRI见新发肿瘤(图4B), 行肝动脉栓塞治疗2次, 于术后15个月复查MRI见肿瘤病灶较前稍缩小(图4C)。患者术后一直口服抗病毒药物治疗(富马酸替诺福韦二吡呋酯片300 mg/次, 2次/d), 复查甲胎蛋白及凝血酶原等均在正常范围, 随访至今(近24个月), 患者一般情况良好, 病情稳定。



A: 内脏脏器反位; B: 肿瘤增强CT

图1 CT所示
Fig.1 Abdominal CT



A: 术中完整切除肿瘤; B: 术后标本

图2 肝脏肿瘤
Fig.2 Hepatic carcinoma

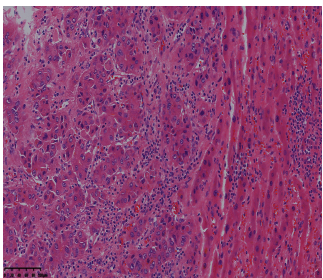
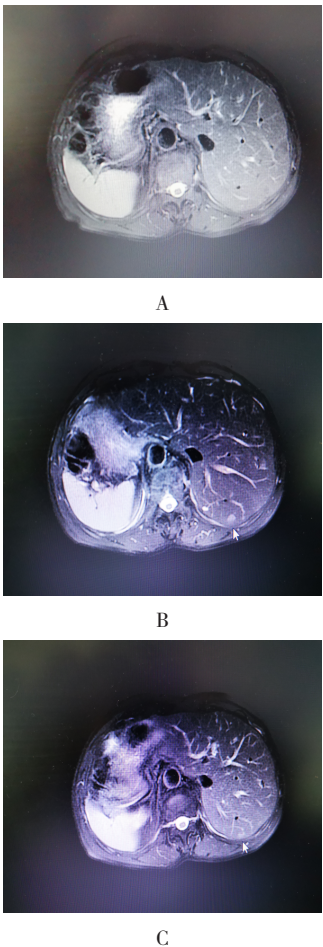


图3 HE染色(×20)
Fig.3 Hematoxylin-eosin staining(×20)



A: 术后8个月复查未见肿瘤复发; B: 术后13个月复查有新发病灶; C: 术后15个月复查病灶缩小

图4 术后复查MRI
Fig.4 Postoperative MRI review

2 讨论

2.1 内脏器官反位

内脏器官反位的发病率极低^[2], 病因尚不明确, 可能的发生机制: ①与胚胎发育时发生旋转障碍有关; ②与双亲染色体及携带基因异常有关, 通常认为

该基因为常染色体隐性基因,也有学者认为该疾病为常染色体隐性遗传所致^[3-5]。全内脏反位者在病理生理方面与正常人无异,但在其内脏发生疾病时,先天性的解剖异常会影响疾病的诊断和手术操作。

2.2 镜面人腹腔镜肝切除术注意事项

右肝后叶位置靠后,肝组织肥厚,显露困难,操作难度大,属于困难部位腹腔镜肝切除,本例患者为镜面人,增加了手术难度,在诊疗过程中应时刻注意。

2.2.1 应高度重视围手术期准备工作 完善术前检查,特别是影像学检查,手术组成员要反复仔细阅读腹部增强CT、增强MRI及影像重建,必要时与影像诊断医师共同阅片,了解肿瘤大小、部位及影像学特征,观察肿瘤与肝门部、肝动脉、门静脉、肝静脉和胆管的关系,判断有无侵犯血管、肿瘤有无营养血管供应等,全面评估肝功能及手术风险。术前在脑海中反复预演手术过程及注意事项,积极与麻醉科、手术室、ICU及血库沟通。

2.2.2 注意术中主刀医师与第一助手的站位 要确保主刀医师和第一助手均为顺手操作。虽然D孔及E孔更加接近肝切除平面,但是如果主刀医师在此处选择主操作孔,则与平时操作习惯相反,为反手操作,会增加手术难度及风险。本研究中,主刀医师选择B孔及C孔作为操作孔,虽然主刀操作孔与观察孔(A孔)在一条直线上,操作过程中器械偶有触碰,但是由于操作为顺手且主刀医师经验丰富,手术过程整体上较为流畅顺利。

2.2.3 手术团队配置要高 本例患者的手术主刀医师为有30年以上工作经验的资深主任医师,能够胜任各类腹腔镜及开腹肝切除手术,第一助手为高年资副主任医师,扶镜手为高年资主治医师,本团队常年搭档,配合默契,具有丰富的困难部位腹腔镜肝切除手术经验,麻醉医师为高年资主任医师,护理团队也具有丰富的腹腔镜肝切除术配合经验。

2.2.4 解剖性右肝后叶切除 由于本例患者肿瘤位于

右肝后叶肝实质深部,距离右肝静脉有一定距离,肝脏表面无法明确肿瘤部位,故肝切除范围接近右肝后叶,避免在肝实质中寻找肿瘤和切除过程中肿瘤破裂。解剖性右肝后叶切除操作难度大,需术中超声定位。本研究中,术中间隙性阻断第一肝门3次,但仍有一定量的出血,这与患者肝硬化、血管丰富、手术创面大、为镜面人有一定关系。本例患者术中生命体征稳定,术后恢复顺利,且无明显并发症发生。

2.2.5 手术组成员保持一致 操作过程中,术者和手术组成员应相互提醒患者为镜面人,以确保手术安全。

2.2.6 术后处理 与普通肝癌患者一样,术后给予抗病毒治疗、定期复查影像学检查及甲胎蛋白,如有新发病灶,仍需积极治疗,争取延长患者生存周期。

参 考 文 献 :

- [1] HONG S K, SUH K S, KIM H S, et al. Pure laparoscopic right hepatectomy in a patient with situs inversus totalis: a case report[J]. Medicine (Baltimore), 2017, 96(34): e7910.
- [2] YE M, SHEN J, KONG M, et al. Video-assisted thoracoscopic surgery right upper lobectomy in a situs inversus totalis patient[J]. J Thorac Dis, 2017, 9(11): E1018-E1020.
- [3] TAKALKAR Y P, KORANNE M S, VASHIST S, et al. Laparoscopic cholecystectomy with choledochoduodenostomy in a patient with situs inversus totalis[J]. J Minim Access Surg, 2018, 14(3): 241-243.
- [4] SPOON J M. Situs inversus totalis[J]. Neonatal Netw, 2001, 20(1): 59-63.
- [5] CASEY B. Genetics of human situs abnormalities[J]. Am J Med Genet, 2001, 101(4): 356-358.

(彭薇 编辑)

本文引用格式:

杨斌,陈潇,罗建生,等. 镜面人腹腔镜右肝后叶肿瘤切除术[J]. 中国内镜杂志, 2021, 27(8): 86-88.

YANG B, CHEN X, LUO J S, et al. Laparoscopic resection of right posterior lobe liver tumor in an all internal organs revert patient: a case report[J]. China Journal of Endoscopy, 2021, 27(8): 86-88. Chinese