

· 腹部疾病 ·

经尿道输尿管镜下2 μm激光膀胱部分切除术治疗小儿膀胱嗜铬细胞瘤1例*

解放军252医院泌尿外科 (河北 保定 071000)

韩 刚 张军勇 陈宇东 王领军 王志鹏 王 强 史建国 刘同伟 殷晓松
苑海波 白旭青 乔 刚 张 倩

【关键词】输尿管; 膀胱

【中图分类号】R737.14

【文献标识码】D

【基金项目】解放军252医院院管课题基金资助项目(YY2012-12, 2014252YY01)

DOI: 10.3969/j.issn.1009-3257.2016.02.020

膀胱嗜铬细胞瘤临床罕见, 开放手术为主要治疗方法。我们为1例患儿实施了经尿道输尿管镜下2 μm激光膀胱部分切除术, 疗效满意, 现报道如下。

1 临床资料

男性患儿, 11岁。因间断肉眼血尿1周入院, 无明显排尿相关发作症状。无高血压病史。查体: HR88次/分, 血压110/75mmHg, 膀胱区无明显压痛。CT示膀胱右后壁见一约1.5cm×1.0cm大小肿物。超声提示膀胱内低回声富血供肿物。连续3次尿脱落细胞学检查未见肿瘤细胞。患方拒绝行膀胱镜检查, 遂直接行手术治疗。

手术所见: 采用小儿喉罩全身麻醉, 截石位。生理盐水持续冲洗, 德国WOLF8/9.8F输尿管镜经尿道缓慢进入膀胱。观察膀胱右后壁隆起一约1.2cm×1.0cm×0.8cm半球形肿物, 广基无蒂, 表面粘膜光滑, 血管纹理清晰, 分布正常。启动RevoLix 2 μm激光手术系统, 功率30W, 经工作通道置入550 μm光纤。低压冲洗, 保持视野基本清晰, 距肿瘤基底部1.0cm左右环形逐层切开粘膜、粘膜下层及全部肌层, 直到环基底一周切口底部均可见疏松结缔组织, 钝性剥离与激光切割结合, 在纤维膜水平分块切除瘤体及基底部肌层组织, 组织块最大径<0.5cm, 检查创面无肿瘤残留, 无膀胱穿孔, 彻底止血, 以活检钳将组织块分次取出。术毕置入F10硅胶尿管持续引流。

结果: 过程顺利, 手术历时80min, 几乎无出血。术中血压、心率平稳, 未见明显波动, 术后患儿清醒后即逐步添加饮食, 鼓励饮水, 给予预防感染及对症治疗, 1周后拔管, 自行排尿通畅, 尿色清亮。术后常规病理检查证实为膀胱嗜铬细胞瘤。现已随访15月, 未见肉眼血尿等症状。术后1周、6月、12月查尿儿茶酚胺正常, 超声显示未见膀胱内肿物复发。

2 讨 论

膀胱嗜铬细胞瘤来源于膀胱壁嗜铬细胞的残余胚胎组织, 发病率较低, 约占膀胱肿瘤的0.5%。排尿动作时膀胱平滑肌收缩, 刺激肿瘤一过性释放大量的儿茶酚胺入血, 常表现为排尿时或排尿末的阵发性高血压、突发头痛、心悸、出汗、面色苍白, 头晕甚至晕厥, 多于数分钟后自行缓解^[1]。因瘤体血运丰富, 亦可表现为反复肉眼血尿。该病根据临床表现可分为症状型、隐匿型和无功能型。尿儿茶酚胺测定是定性诊断重要依据。但隐匿型、无功能型以及部分症状性病例亦可无尿儿茶酚胺水平升高。超声、CT和MRI可用于定位诊断^[2]。膀胱镜检查意义重大, 镜下多表现为膀胱内半球形肿物, 广基无蒂, 表面光滑, 血管纹理基本正常。此外, 因嗜铬细胞瘤多于膀胱壁内生长, 又富血供, 故活检阳性率低, 且极易出血, 亦可能刺激肿瘤诱发高血压、头痛、头晕等, 所以膀胱镜检查是否应取活检仍有待商榷。手术切除是治疗该病最有效的方法。术前充分准备和术中血压控制极为重要。

作者简介: 韩 刚, 男, 泌尿外科专业, 主治医师。主要研究方向: 微创泌尿外科。

通讯作者: 陈宇东

传统的膀胱部分切除术可基本避免刺激肿瘤,但创伤大、恢复慢,且易发生漏尿、切口感染等并发症。有学者尝试经尿道膀胱肿瘤电切术,但效果不佳。原因包括:(1)术中镜体触碰肿瘤,诱发血压、心率剧烈波动,被迫停手术;(2)肿瘤主要位于膀胱壁内,电切术很难切除干净,造成肿瘤残留、复发;(3)采用不含钠的冲洗液,手术时间延长发生电切综合症;(4)处理膀胱侧壁肿瘤时诱发闭孔神经反射,导致大出血、甚至膀胱穿孔等并发症。

2 μ m激光兼具汽化、切割和止血功能,组织穿透深度仅0.3mm,尤其适于精细操作。基于以上特点,杨勇等提出了经尿道2 μ m激光膀胱部分切除术的概念^[3]。本研究借鉴了这一术式:经尿道汽化切开肿瘤周围膀胱壁全层,在纤维膜水平切除全部瘤体组织,达到了与传统膀胱部分切除术相同的效果。术中患者生命体征平稳,无明显血压、心率波动,究其原因可能包括:(1)术中观察肿瘤形态与常见尿路上皮癌明显不同,考虑到了异位嗜铬细胞瘤可能,操作中尽量避免触碰肿瘤;(2)距肿瘤基底部1.0cm左右,环形逐步切开膀胱壁各层组织,直达纤维膜,汽化切割的同时凝闭肿瘤周围全部滋养血管,避免儿茶酚胺释放入血;(3)瘤体较小,局限于膀胱壁内,在纤维膜水平切除全部瘤体,无肿瘤组织残留;(4)激光能量无电场效应,避免了闭孔神经反射,冲洗液应用生理盐水,不会发生电切综合症,手术操作从容不迫;(5)肿瘤性质为可能为无功能型。

本例研究对象为小儿患者,尿道内径小,无法通过成人电切镜等设备(大于20F),强行进入易损伤尿

道黏膜。WOLF8/9.8F输尿管镜前端直径8F部分长约25cm,可顺利通过患儿尿道并完成操作。但视野相对狭小,出血极易干扰操作,反复止血则手术时间延长,亦增加触碰肿瘤及副损伤的风险。而2 μ m激光可在切开组织的同时完成止血,术野清晰,避免了副损伤;且光纤直径仅550 μ m,可顺利通过输尿管镜工作通道且操作灵活。

虽然该病发生率低,但无充分准备的手术死亡率极高,需引起临床医生的重视。该患儿因无痛性肉眼血尿就诊,缺乏典型临床表现及体征,辅助检查亦无特殊发现,且在患方要求下未先行膀胱镜检查,故未能在术前明确诊断。尽管治疗过程中未发生意外,但对于膀胱肿瘤仍应强调术前明确病理诊断,尽量在术前完成膀胱镜检查+活检术。对于形态特殊且活检结果为良性病变者要考虑到该病的可能。本研究采用的经尿道2 μ m激光膀胱部分切除术操作相对简便,最大限度降低了手术风险,且创伤小、出血少、恢复快,为该疾病提供了新的治疗方式。对于小儿患者,在缺乏小儿专用手术器械时,输尿管镜可作为替代选择。

参考文献

- [1] 施学进.膀胱嗜铬细胞瘤长期误诊1例[J].罕少疾病杂志,2002,9(6):50.
- [2] 蔡晓晴,赵建新.膀胱嗜铬细胞瘤的诊断和治疗[J].罕少疾病杂志,2001,8(1):15-16.
- [3] 杨勇,魏志涛,张旭,等.经尿道2 μ m激光膀胱部分切除术治疗膀胱肿瘤的初步探讨[J].中华外科杂志,2009,47(2):143-145.

【收稿日期】2016-04-08

(上接第49页)

综上所述,在治疗阑尾炎时,小切口阑尾切除术疗效安全显著,可缩短住院时间,减轻患者痛苦,是治疗阑尾炎首选术式,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 谭敏,向贤慧.腹腔镜下阑尾切除术残端处理方法的选择[J].罕少疾病杂志,2014,11(6):38-40.

- [2] 冯月宁.应用小切口阑尾切除术治疗急性阑尾炎54例临床体会[J].中国当代医药,2012,19(4):51-52.
- [3] 赵攀登,师文超,尹吉庆等.用小切口阑尾切除术治疗阑尾炎的效果分析[J].当代医药论丛,2015,21(10):251-252.
- [4] 王宏杰.小切口阑尾切除术与传统阑尾切除术治疗急性阑尾炎的临床效果对比[J].中国社区医师,2015,12(31):44-45.
- [5] 叶亦松.用开腹阑尾切除术与小切口阑尾切除术治疗阑尾炎的疗效对比[J].当代医药论丛,2015,09(9):289-289,290.
- [6] 彭通瑞.小切口开腹阑尾切除术与传统阑尾切除术的运用对比探究[J].中国医学创新,2013,23(4):143-144.

【收稿日期】2016-04-08