

全腔镜下保留功能的乙状结肠癌根治术

刘天舟 王骏扬 刘晶晶 刘通 陈超 唐小欢 朱甲明

吉林大学第二医院胃肠外科, 长春 130041

通信作者: 朱甲明, Email: zhujiaming75@sina.com



扫码观看视频

腹腔镜辅助的结肠癌手术临床上应用较为广泛,其近期并发症发生率较低,与开腹手术相比具有一定优势。尽管腹腔镜辅助的乙状结肠癌根治术常被称为“入门级”腹腔镜手术,然而对于乙状结肠上部,降结肠乙状结肠交接处等距离直肠距离较远的肿瘤,处理起来存在一些问题,例如切除肠管过多难以吻合、常规双吻合技术难以完成消化道重建、肠系膜血管离断的选择等。对于这部分患者应如何进行合理化治疗,是临床需要探讨的问题。保留功能的结肠癌手术是指在肿瘤根治的前提下,尽可能保留肠管的血供及神经层面的保护。

本视频分享一例全腔镜下进行消化道重建、同时保留功能的乙状结肠癌根治手术。患者女性,62岁,体质指数 20.9 kg/m^2 ,因“腹部胀痛伴排便习惯改变6个月”入院。术前肠镜提示,距肛门28 cm处可见一环周溃疡型肿物,表面凹凸不平;活检病理示:腺癌。结合术前检查结果,考虑临床诊断:乙状结肠癌(cT₃N₀₋₁M₀)。遂行全腔镜下保留功能的乙状结肠癌根治术。关键手术步骤如下。

一、保留功能的操作(神经血管的保护)

1. 游离左侧Toldt间隙:在腹膜下神经前筋膜与乙状结肠系膜之间分离,该间隙无血管,同时保留腹下神经丛及其分支。

2. 清扫No. 253淋巴结:注意肠系膜下动脉(inferior mesenteric artery, IMA)根部发出点多伴有丛状神经,注意防止损伤,常规不打开IMA动脉鞘。No. 253淋巴结范围:外侧界是肠系膜下静脉(inferior mesenteric vein, IMV)右侧缘,下界是IMA分出左结肠动脉(left colonic artery, LCA)处,上界是IMA起自腹主动脉的根部。

3. 直肠上动脉(superior rectal artery, SRA)的保留:对于乙状结肠肿瘤位置较高的患者,完成No. 253淋巴结清扫后,常规游离IMA的三大分支[LCA、乙状结肠动脉(sigmoid artery, SA)、SRA],选择性离断LCA及SA,注意保留SRA。

4. IMV主干的保留:游离乙状结肠系膜裸化IMA及其分

支时,要注意IMV主干的全程保留,离断其部分属支。

二、全腔镜下消化道重建

完成乙状结肠的游离及血管的离断后,距离肿瘤远近端各10 cm处,裁剪结肠系膜,裸化肠管,应用腔镜下闭合器离断肠管,选择在近端肠管结肠带的断端和远端结肠距断端6 cm结肠带上打开肠腔,在系膜对侧应用直线切割闭合器完成侧侧吻合,共同开口通过手工缝合进行关闭,可选择3-0薇乔线或者倒刺线进行连续缝合,单层或双侧均可。

三、标本的取出

耻骨联合上方取横切口,长3~5 cm,置入切口保护套,取出标本。

手术中需注意的是:(1)IMA及其3个分支LCA、SA和SRA的解剖常不恒定,需要熟练掌握腹腔镜下游离血管的方法及其解剖位置。(2)对于部分乙状结肠系膜较短的患者,切除肿瘤后可能会遇到降结肠-乙状结肠或者降结肠-直肠吻合的张力问题,同时存在无法应用吻合器完成双吻合重建的情况。在腔镜下采用侧侧吻合的方式(Overlap法),可以最大程度减少吻合口张力,使所需游离肠管范围最少,避免脾曲游离等繁琐操作,较好地完成消化道重建的过程。(3)全腔镜下消化道重建后,耻骨结合上方切口长度比常规辅助切口缩短近一半,因为前者只需取出腔径相当的肠管标本,而后者需要取出两个腔径的肠管、为后续重建做准备。如果常规腹腔镜辅助切口取自左侧腹直肌或其外缘,往往损伤较大,切口较长,术后疼痛、切口感染等并发症发生率较高。

乙状结肠游离度不定,根据肿瘤位置不同,可有不同的手术方式,其中对于乙状结肠上部、降结肠乙状结肠交界处等距离直肠距离较远的患者,应用常规的双吻合技术可能无法完成吻合,本视频提供的术式可在肿瘤根治的情况下,较好地完成消化道重建,谨与同道分享。

(收稿日期:2019-12-02)

(本文编辑:朱雯洁)