

腹腔镜下取出双侧腹股沟疝腹腔内补片植入术后的感染补片

马宁 汤福鑫 宗振 陈嘉林 马涛 周太成 陈双

中山大学附属第六医院胃肠、疝和腹壁外科 广东省胃肠病学研究所 广东省结直肠盆底疾病研究重点实验室 国家临床重点专科,广州 510655

通信作者:周太成,Email:zhoutaicheng@126.com

基金项目:广东省科技计划项目(2017A020215036);广州市科技计划项目(201806020036)



扫码观看视频

腹腔内补片植入术(intraperitoneal onlay mesh, IPOM)总体操作简单快速,在我国腹股沟疝腹腔镜技术发展的初期,有部分单位尝试过腹股沟疝的IPOM修补。然而,由于腹股沟疝手术部位髂耻束以下有大量的重要血管和神经,若术者经验不足,可能会造成补片感染等严重并发症,且常合并复杂粘连、补片侵蚀腹内脏器、血管等情况。本视频介绍一例双侧腹股沟疝IPOM修补术后补片感染的腹腔镜治疗,谨与同道分享。

患者男性,65岁,主诉“双侧腹股沟疝腔镜修补术后4年,反复腹股沟区流脓2年”入院。患者于4年前行腹腔镜下双侧腹股沟疝修补术,方式为腹腔镜下IPOM,置入补片为ASPIDE防粘连补片(法国通用公司)。2年前患者因“反复粘连性肠梗阻”一个月内分别行2次部分小肠切除、右半结肠切除+部分补片取出术。术后患者出现切口处流脓,伴低热,反复在外院予以穿刺、置管引流等处理,症状反复。门诊拟“腹股沟疝修补术后补片感染”收入我院。入院后完善影像检查,腹壁窦道造影检查示造影剂进入腹壁皮下与腹肌间;腹部CT提示双侧腹股沟疝修补术后+部分小肠、右半结肠切除术后复查,吻合口未见明显异常增厚或强化灶;左侧下腹壁见引流管留置,引流管末端所在区域腹壁下见长条片状脓腔形成,囊壁强化明显,最大截面范围约15 mm×148 mm,相邻腹直肌未见明显受累,未见窦道与腹腔明显相通。予以术前渐进性气腹治疗(为彩超引导下腹腔穿刺置入14G中心静脉管,术后嘱患者每日经腹腔置管注入空气400 ml),同时全身使用头孢+抗厌氧菌抗感染及营养支持治疗,治疗一周后复查腹部CT,遂于全身麻醉下行“腹腔镜下双侧感染补片取出+腹腔引流术”。

术中探查可见下腹部分小肠、网膜致密粘连于腹壁,以电

钩锐、钝性分离粘连,注意勿损伤肠管,见双侧腹股沟区均可见脓肿结构双侧腹股沟区两块补片均见皱缩,补片被覆大量脓苔。用电钩仔细分离,暴露脓腔、吸干净脓液,再缓慢将补片从上腹壁上完整剥离,并将上次手术的疝钉一并取出。确认补片完整无残余,将补片从Trocarr拉出腹腔外。生理盐水反复冲洗脓腔,吸净腹腔内的积液。经Trocarr孔留置多孔引流管一条,末端放置于盆底。术后随访半年,未见粘连性肠梗阻及双侧腹股沟疝复发征像。

本例患者在双侧腹股沟疝IPOM修补术后没有即刻发生补片感染,而是在之后的肠切除术后发生了双侧的补片感染,可能与再次肠道手术的污染有关系。由于补片放置在腹腔内,直接暴露在腹腔的脏器、网膜表面,一旦发生感染,腹腔内粘连情况比放置在腹壁内的更严重。所以,对于此类患者,无论是开放还是腔镜入路取补片,都需要考虑到腹腔严重粘连、波及腹腔脏器的可能。一方面需完善术前检查和评估,另一方面,在取补片的方式上,尽量选择对前腹壁感染小的腔镜方式,减少开放手术术后切口感染、切口疝的发生风险。术前腹腔内粘连的评估十分重要,我们通过术前的渐进性气腹+定期腹部CT,来分离部分粘连;同时了解气腹状态下安全区域,在术中穿刺套管的时候避开粘连部位。整个过程一般需要1~2周,每周需复查腹部CT,根据结果评估手术时机。对于补片的取出,术前了解补片的类型和型号是非常重要的。如果使用的补片是新型的聚丙烯或聚酯+防粘连涂层材料,发生感染的情况下取补片难度比较大。因为在涂层被吸收以后,裸露在腹腔的聚丙烯或聚酯材料会产生严重的粘连,往往会涉及到器官(肠管、膀胱等)。

(收稿日期:2020-02-06)

(本文编辑:朱雯洁)