

骶尾部切口疝腹腔镜下修补

马涛¹ 李颖² 黄恩民¹ 马宁¹ 陈嘉林¹ 陈双¹ 周太成¹

¹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; ²汕头中心医院普通外科, 广东汕头 515000

通信作者: 周太成, Email: zhoutch3@mail.sysu.edu.cn

基金项目: 广东省科技计划项目(2021A1515410004)



扫码阅读电子版



扫码“胃肠新视野”
栏目观看视频

骶尾部疝(sacrococcygeal hernia, SCH)是一种非常罕见的疾病,通常继发于骶尾部切除术后,为骶尾部肿瘤或尾骨切除术后罕见并发症。由于骶尾部疝位置特殊,其突出的内容物多为肠管,患者常表现为骶尾部的突出与排便困难。对于骶尾部疝的治疗,首选的方法为手术修复,如果患者高龄或有手术禁忌证,可考虑保守治疗。目前关于手术入路的最佳方案可分为:经骶尾部入路、经腹部入路和两者结合。本视频将介绍一例骶尾部切口疝腹腔镜下修补的治疗方法,谨与同道分享。

女性患者,60岁,主诉“骶骨肿瘤术后1年余,发现骶尾部包块膨出半年余”入院。患者1年余前因“骶骨脊索瘤”在外院行骶尾部肿瘤切除术,术中切除大部分骶骨及全部尾骨。术后出现排尿失禁,需要长期使用纸尿裤。半年前发现骶尾部切口出现约鸡蛋大小包块,站立时明显,俯卧位可缩小或消失,伴排便困难,一直未予以特殊处理。包块逐渐增大,现约为柚子大小,且出现排便困难加重,需要用手托回包块才能排便。无伴恶心呕吐、热畏寒、胸闷气促等症状。门诊拟“骶尾部切口疝”进一步入院治疗。入院后完善影像学检查,盆腔MR显示盆腔及疝内容物情况:横断面可见缺损左右两侧边缘和疝囊内的肠管、直肠,以及后方薄弱皮肤层;矢状位可见缺损的上下缘,上缘上方可见少量骶骨残留、并于L5椎体相接,其内可见肠管、被压迫的直肠;冠状位可见疝囊内的肠管、以及缺损左右两侧薄弱的臀大肌。腹部CT可见盆腔缺损以及

盆腔内直肠、部分乙状结肠、回肠向骶尾部移位。全腹部螺旋CT血管造影未见明显异常。根据诊断明确患者为“骶尾部切口疝”,选择“骶尾部切口疝腹腔镜下修补”治疗。

手术步骤:(1)术中探查:见回肠坠入盆腔,回纳后,见乙状结肠与直肠上段一同坠入后下方。用超声刀游离直肠后间隙,在乙状结肠系膜与小盆腔交界打开后腹膜,分离至结肠下端可见缺损。(2)关闭缺损:使用1-0鱼骨线连续缝合关闭缺损,进行补片的铺放与固定。因为没有适合大小的防粘连补片,故采用两张补片拼接。一张补片修补缺损上方,长轴方向横铺与盆腔,主体置于骶骨缺损上部,防粘连面向腹腔内直肠后壁;另一张进行U型裁剪,将补片主体置于直肠后壁,防粘连面向腹腔内。将U型补片的上缘与第一张补片的下缘使用倒刺线缝合、桥接。(3)关闭后腹膜。术后随访半年,患者站立活动未再见包块突出,排便功能恢复至脊索瘤术前程度。

骶尾部疝多为骶尾部肿瘤或尾骨切除术后罕见的并发症,首选的治疗方法为手术治疗,由于骶尾部区缺少筋膜组织,补片修补是疗效可靠的首选方案。关于骶尾部疝的手术入路最佳方案没有确认,我们使用经腹入路的腹腔镜下疝修补,相对于经骶尾部入路,术者可以更好地识别暴露缺损,方便分离疝内容物,且患者创伤小、恢复快,但是对于术操作者要求更高。

(收稿日期:2021-06-25)

(本文编辑:朱雯洁)