



腹腔镜下造口疝修补手术方式的 “个体化”选择

何 凯, 姚琪远^A

(复旦大学附属华山医院 普外科, 复旦大学疝病中心, 上海 200040)

中图分类号: R65

文献标识码: A

文章编号: 2095-8331 (2016) 02-038-03

Individual surgical project of laparoscopic parastomal hernia repair

HE Kai, YAO Qi-yuan^A

(General surgical department, Huashan Hospital affiliated to Fudan University, Hernia Center of Fudan University, Shanghai 200040, China)

造口旁疝是疝与腹壁外科难题之一, 如何提高造口旁疝的手术治疗效果也一直是疝与腹壁外科医师共同努力的目标。复旦大学疝病中心自 2004 年起在国内较早开展了全腹腔镜下 Keyhole 术式、Sugarbaker 术式和 Sandwich 术式来治疗结肠造口旁疝、回肠造口旁疝和回肠代膀胱造口旁疝^[1-2], 并于 2009 年率先报道了造口旁疝的“Lap-re-Do”修补技术, 获得国内外同道的认可和支持^[3]。本文将复旦大学疝病中心开展造口旁疝“个体化治疗”的经验供大家分享交流。

1 造口旁疝的诊断标准

造口旁疝有很多种临床分型方法, Devlin 和 Kingsnorth 根据解剖学机制将造口旁疝分为 4 种亚型^[4]: ①间隙型: 疝囊位于腹部肌肉和(或)腱膜层, 这种类型的造口往往是不对称的; ②皮下型: 疝囊位于皮下, 这也是最常见的类型; ③内吻合口型: 疝囊位于小肠肠壁和外翻的小肠之间, 仅见于回肠造口术者; ④造口周围型或造口脱垂: 脱垂的造口包括疝囊本身以及其他脏器。其他临床分型还包括 Moreno-Matias 分型、Rubin 分型和 Gil 分型^[4]。2014 年欧洲疝协会出的造口旁疝分型指南又根据造口旁疝缺损大小、是否合并切口疝等因素, 将其分为 4 型^[4], I 型: 小型造口旁疝(疝环 < 5 cm); II 型: 小型造口旁疝(疝环 < 5 cm), 合并切口疝; III 型: 大型造口旁疝(疝

环 > 5 cm); IV 型: 大型造口旁疝(疝环 > 5 cm), 合并切口疝。

复旦大学疝病中心主要根据原发病及手术方式的不同, 将造口旁疝分为末端结肠造口旁疝、襻式结肠造口旁疝、末端回肠造口旁疝和回肠代膀胱造口旁疝, 而襻式回肠造口往往是结直肠手术的保护性造口, 可以二期手术回纳。这样分型的目的是便于制定更合适的手术治疗计划, 也有利于术前和患者及家属沟通、术中按步骤执行手术操作、后期随访还能提供有价值的反馈信息进行总结。随着疝与腹壁外科手术技术的进步、修补材料学的发展, 辅助检查仪器的升级, 疝病的诊断也需要“个性化”, 进一步细分, 这样制定的手术治疗才更有针对性, 也更能总结经验。

2 造口旁疝的手术选择

造口旁疝远期手术疗效还有待进一步评估, 所以在选择合适的手术患者时, 一定要严格掌握修补手术治疗指征, 包括: ①永久性造口手术的患者, 出现造口旁肿物逐渐增大伴有腹痛、腹胀等症状; ②人工造口袋密封性受影响, 导致造口周围皮肤刺激症状、护理困难; ③疝内容物回纳困难、有肠管嵌顿风险, 反复出现肠梗阻症状; ④患者因疝囊较大影响外观或正常生活。最终, 通过腹腔镜修补手术能切实改善患者的生活质量, 并降低肠管嵌顿的风险。上述已经介绍了复旦大学疝病中心将造口旁疝分为 4 大类, 下面逐一介绍我们“个体化”治疗的经验和总结。

2.1 末端结肠造口旁疝 它是临床造口旁疝最常

收稿日期: 2016-09-08 修回日期: 2016-09-26

通信作者: 姚琪远, E-mail: Stevenyao@huashan.org.cn

见的一种类型,分为原发和复发两种,发生率4.8%~48.1%,平均15.3%^[5]。针对原发性末端结肠造口旁疝这样一类难治性动力型疝病,采用全腹腔镜造口旁疝修补术式往往仅能修补腹壁缺损,而无法针对皮下疝囊空间和冗长造口肠管做相应处理,所以复发率较高。从2009年4月至2016年6月,本中心已经为118例末端结肠造口旁疝患者进行了Lap-re-Do修补手术,早期使用PDS-II慢吸收缝线缝合疝环术后远期复发率约25%(8/32),自2012年起,我们改进为采用不可吸收的Surgilon疝修补线缝合疝环,针对造口肠管及其系膜较短的病例采用Lap-re-Do Keyhole方式修补,针对造口肠管及其系膜较长的病例逐步开始采用Lap-re-Do Sugarbaker方式修补,使总体复发率降低到9.3%(8/86),其中Lap-re-Do Keyhole复发率11.1%(7/63),Lap-re-Do Sugarbaker复发率更是仅约4.3%(1/23)。此外,有1例患者使用了生物材料进行Lap-re-Do Sugarbaker修补,随访至术后2年时复发,再次手术发现生物材料已逐渐吸收,不能维持原来的抗张强度和修补效果。Slater医师对生物补片修补造口旁疝进行了系统分析,发现生物补片并不能降低术后造口旁疝的复发率和并发症率,而且费用比较昂贵^[6]。复发结肠造口旁疝是另一个需要引起重视的难题,多为过去10年间国内开展较多的全腹腔镜Keyhole修补术后患者。我们仍建议采用Lap-re-Do技术进行修补,术中先分离粘连并去除原先手术的修补材料,特别是含有e-PTFE材质的补片,以免修补后两张补片之间存在死腔引起顽固性感染。当然也会碰到一些处理非常棘手的情况,例如,补片粘连极其致密,强行去除创伤会非常大,这种情况下,要么选择回纳疝内容物、暴露疝环、分离粘连后直接腹腔镜下Sugarbaker法再覆盖一张更大的防粘连补片(一般20 cm×15 cm以上),建议采用Dynamesh-IPOM这类大网孔防粘连补片,以避免形成死腔;要么选择中转开放,选择沿原造口周围做切口,仅行造口旁疝缝合修补,同时建议去除皮下疝囊,切除盘曲于皮下冗长的造口肠管并重建造口。复发结肠造口旁疝会遇到各种难以预料的问题,手术方式也需要根据术中情况决定,这是考验外科医师手术技术、胆识和毅力的临床新难题,当然也要时刻谨记,手术的安全性是比手术效果更需要考虑的问题。

2.2 襻式结肠造口旁疝 发生率为0%~30.8%,平均4.0%^[5],多表现为造口脱垂,其中横结肠襻式造瘘发生率最高,为7%~25%^[7-8],乙状结肠

襻式造瘘的发生率为11.0%~11.8%^[7-8]。当造口脱垂引起造口护理困难、脱垂肠管损伤、甚至造口肠管血运障碍或造口肠管梗阻时,则需要外科手术干预解决。襻式结肠造口往往为临时性造口或者姑息性手术造口,对于这一类患者,病史采集、体格检查以及术前肠镜都非常重要,我们就遇见过直肠癌姑息性手术行襻式造口后,化疗效果很好的患者,但是原手术医师未告知造口可回纳,后于复旦大学附属华山医院就诊造口旁疝者,而且绝非个例,所以,首先推荐手术回纳临时性襻式结肠造口,如果无法回纳,可考虑改为单筒造瘘以便于造口护理,同期根据腹壁缺损情况及手术区域污染情况,决定采用直接缝合、修补材料或生物补片来加强修补腹壁缺损。

2.3 末端回肠造口旁疝 发生率为1.8%~28.3%,平均6.7%^[5],复旦大学疝病中心目前治疗末端回肠造口旁疝共5例。其中,1例采用Lap-re-Do Keyhole修补的患者随访半年时出现复发,1例采用Sugarbaker方式修补、3例采用Lap-re-Do Sugarbaker修补的患者随访至今均未复发。虽然复发这例患者存在肥胖、疝病时间长、疝病缺损大等高危因素,但是我们仍建议采用Lap-re-Do Sugarbaker的方式修补回肠造口旁疝。首先,回肠造口以排泄粪汁为主,Sugarbaker覆盖补片的方式不易引起回肠造口肠段梗阻;其次,Sugarbaker覆盖补片的方式对于修补腹壁缺损更加完整,相反Keyhole覆盖补片的方式造成造口肠管能对造口区域产生直接蠕动冲击;再次,Keyhole补片中央孔洞周围的横向拉伸力除非设计坚硬无比,否则很难保持长期不形变,以上两点是造成Keyhole修补术式术后复发率较高的主要原因。

2.4 回肠代膀胱造口旁疝 主要发生于接受Bricker手术的患者。目前膀胱癌发生率位居所有恶性肿瘤的第9位,男性发病率约10.1/10万人,女性约2.5/10万人^[9],约30%的患者发现时已经为侵袭性膀胱癌,其中约25%须选择行根治性膀胱切除+造瘘手术^[8],即Bricker手术。可查阅到的报道含有治疗回肠袋膀胱造口旁疝的文献有4篇^[10-13],共计19例,作者们基于手术操作难易程度和手术随访效果,最后得出的结论都是推荐腹腔镜Sugarbaker修补术式。自2004年9月起至今,本中心共诊治了13例回肠代膀胱造口旁疝。其中1例为急诊嵌顿回肠造口旁疝,手术修补方式包括:回肠袋膀胱造口旁疝中11例患者行全腹腔镜Sugarbaker修补术,1例为急诊嵌顿疝采用腹腔镜松解回纳+疝环缝合术,另有1例为Keyhole修补

术后复发回肠袋膀胱造口旁疝,术中因粘连极其致密,中转开放仅行缝合修补。11例采用全腹腔镜 Sugarbaker 修补术的患者术后出现浆液肿3例,但是随访至今无一例出现复发。

3 造口旁疝的预防和预后

造口旁疝的发生有很多高危因素,普遍认为,术后并发造口旁疝的高危因素包括肥胖(BMI > 25)、高龄(年龄 > 60岁)、营养不良(低蛋白血症)、是否长期服用皮质激素类药物等患者自身因素,也包括造口术式是否采用腹膜外造口、造口本身的尺寸大小、术后是否并发伤口感染等因素^[14-16]。其中有些是无法避免的客观因素,例如,年龄逐渐增大、接受肿瘤放化疗等,但是也有一些是人为可控的主观因素,例如,体重管理、饮食习惯等。本中心对已行 Lap-re-Do 修补手术的末端结肠造口旁疝患者进行了远期随访,并作 Logistics 回归分析,发现体重指数(BMI) > 27时, Lap-re-Do 修补术后复发率明显上升,有统计学意义,其中有些复发患者修补术后体重更有增加;疝环缺损越大,往往提示造口旁疝病情越严重,病程时间越长的患者,术后复发率相对较高;另外,70岁以下患者相比70岁以上患者更容易出现复发,可能和相关人群还在从事一些重体力劳动或工作相关。所以,如何管理好自己的体重、控制好饮食习惯、调整适度的运动量、同时对疝病、对健康引起重视都是影响 Lap-re-Do 手术修补效果至关重要的患者因素。

4 总结

美国总统奥巴马在2015年国情咨文演讲中宣布精准医疗计划(precision medicine initiative)引起全世界重视,而精准医疗正是基于“人类基因组计划”(human genome project)和个体化医疗(personalized medicine)的概念进化而来。我们认为在疝与腹壁外科,特别是难治性腹壁疝领域,也会慢慢过渡到“精准诊断-精准评估-精准修补-精准康复”的多学科医疗团队合作时代。

参考文献

- [1] 姚琪远,陈浩,丁锐,等.腹腔镜下造口旁疝补片修补术可行性、安全性探讨[J].外科理论与实践,2006,12(5):406-408.
- [2] 何凯,姚琪远,陈浩,等.腹腔镜下回肠袋膀胱造口旁疝补片修补术初步体会[J].中华疝和腹壁外科杂志,2007,1(2):110-112.
- [3] 何凯,姚琪远,陈浩,等.腹腔镜造口重做造口旁疝补片修补术的手术效果及安全性评估[J].外科理论与实践,2010,15(6):616-620.
- [4] Śmietański M, Szczepkowski M, Alexandre JA, et al. European hernia society classification of parastomal hernias[J]. Hernia, 2014, 18(1):1-6.
- [5] Hansson BM, Slater NJ, Van der Velden AS, et al. Surgical techniques for parastomal hernia repair: A systematic review of the literature[J]. Ann Surg, 2012, 255(4):685-695.
- [6] Slater NJ, Hansson BME, Buys OR, et al. Repair of parastomal hernias with biologic grafts: A systematic review[J]. J Gastrointest Surg, 2011, 15(7):1252-1258.
- [7] Bafford AC, Irani JL. Management and complications of stomas[J]. Surg Clin N Am, 2013, 93(1):145-166.
- [8] Shabbier J, Britton DC. Stoma complication: a literature overview[J]. Colorectal Dis, 2010, 12(10):958-964.
- [9] European Association of Urology Guidelines. 2014 Edition.
- [10] Hansson BM, Bleichrodt RP, de Hingh IH. Laparoscopic parastomal hernia repair using a keyhole technique results in a high recurrence rate[J]. Surg Endosc, 2009, 23(7):1456-1459.
- [11] Craft RO, Huguet KL, McLemore EC, et al. Laparoscopic parastomal hernia repair[J]. Hernia, 2008, 12(2):137-140.
- [12] LeBlanc KA, Bellanger DE, Whitaker JM, et al. Laparoscopic parastomal hernia repair[J]. Hernia, 2005, 9(2):140-144.
- [13] Safadi B. Laparoscopic repair of parastomal hernias: early results[J]. SurgEndosc, 2004, 18(4):676-680.
- [14] Kouba E, Sands M, Lentz A, et al. Incidence and risk factors of stomal complications in patients undergoing cystectomy with ileal conduit urinary diversion for bladder cancer[J]. J Urol, 2007, 178(3 Pt 1):950-954.
- [15] Hong SY, Oh SY, Lee JH, et al. Risk factors for parastomal hernia: based on radiological definition[J]. J Korean SocColoproctol, 2013, 84(1):43-47.
- [16] Donahue TF, Bernard HB, Sfakianos JP, et al. Risk Factors for the Development of Parastomal Hernia after Radical Cystectomy[J]. J Urol, 2014, 191(6):1708-1713.