

· 肾癌合并下腔静脉癌栓 ·

完全腹腔镜下根治性肾切除及静脉癌栓取出术的可行性及安全性

唐琦 王天昱 李学松 方冬 张崔建 张争 宋刚 宋毅 何志嵩 周利群

【摘要】 目的 探讨完全腹腔镜下根治性肾切除及静脉癌栓取出术的可行性及安全性。**方法** 回顾性分析 2013 年 1 月至 2014 年 12 月收治的 13 例肾肿瘤伴静脉癌栓患者的临床资料,男 9 例,女 4 例。年龄 30~78 岁,中位值 55 岁。7 例因体检发现肾肿瘤,6 例临床表现分别为血尿(4 例)及腰痛(2 例)。伴肾静脉癌栓 7 例,下腔静脉癌栓 6 例。13 例均采用完全腹腔镜手术方式,肾静脉癌栓患者行完全后腹腔镜下根治性肾切除及癌栓取出术;下腔静脉癌栓患者采用经腹腔入路腹腔镜手术(2 例)或经后腹腔联合腹腔入路腹腔镜手术(4 例)。联合入路手术先于后腹腔镜下控制肾动脉、处理腰静脉及侧支循环血管,随后在经腹腔入路下完成下腔静脉癌栓取出。**结果** 13 例手术均顺利完成,手术时间 84~456 min,中位值 195 min。肾静脉癌栓患者术中出血量 50~150 ml,中位值 50 ml。下腔静脉癌栓患者出血量 100~2500 ml,中位值 325 ml。13 例术后均恢复良好,无严重并发症。术后病理检查:肿瘤最大径平均值(7.9 ± 2.5) cm;肾透明细胞癌 11 例,嫌色细胞癌 1 例,骨肉瘤肾转移 1 例。术后随访时间 2~22 个月,中位值 13 个月,无死亡病例。2 例分别于术后 13、17 个月发生双肺转移,1 例于术后 9 个月发生腰椎转移。**结论** 完全腹腔镜下根治性肾切除及静脉癌栓取出术是安全可行的,且可达到良好的肿瘤控制效果。经后腹腔联合腹腔入路腹腔镜手术可以有效结合两种入路的优势,方便术中操作。

【关键词】 肾肿瘤; 静脉癌栓; 腹腔镜手术

Feasibility and safety assessment of total laparoscopic radical nephrectomy and thrombectomy for patients with renal tumor and venous tumor thrombus Tang Qi, Wang Tianyu, Li Xuesong, Fang Dong, Zhang Cuijian, Zhang Zheng, Song Gang, Song Yi, He Zhisong, Zhou Liqun. Department of Urology, Peking University First Hospital, Peking University Institute of Urology, National Urological Cancer Center, Beijing 100034, China

Corresponding author: Zhou Liqun, Email: zhoulqmail@sina.com

【Abstract】 Objective To evaluate the feasibility and safety of total laparoscopic radical nephrectomy and thrombectomy for patients with renal tumor and venous tumor thrombus. **Methods** From January 2013 to December 2014, data of patients with renal tumor and venous thrombus, treated in our institute, were retrospectively reviewed. There were nine male patients and four female patients. All patients' age ranged from 30 to 78 years old (median 55 years old). Seven patients were diagnosed by routine medical examination, while six patients had clinical symptoms, including four with gross hematuria and two with flank pain. Thirteen patients, including seven patients with renal vein (RV) thrombus and six patients with inferior vena cava (IVC) thrombus, were underwent pure laparoscopic radical nephrectomy and thrombectomy. Retroperitoneal approach was undertaken for RV thrombus patients, while transperitoneal approach or combined retroperitoneal and transperitoneal approach for IVC thrombus patients. During the combined approach surgery, renal artery and lumbar vein were controlled through retroperitoneal approach, and the thrombectomy procedure was completed through transperitoneal approach. **Results** All patients underwent operations successfully. Operation time ranged from 84 to 456 min (median 195 min). The blood loss ranged from 50 to 150 ml (median 50 ml) for RV tumor thrombus patients and 100 to 2500 ml (median 325 ml) for IVC tumor thrombus patients. All patients recovered well after surgery without major complications. The pathological results showed the average tumor maximum diameter was 7.9 ± 2.5 cm. Eleven cases were diagnosed as clear cell renal cell carcinoma. One case was diagnosed as chromophobe

renal cell carcinoma and one case was diagnosed as renal metastatic osteosarcoma in our study. Median follow-up time was 13 months, ranged from 2 to 22 months. No death was recorded at the last follow-up. Distant metastasis was found in three patients, including two patients with multiple pulmonary metastases and one patient with lumbar vertebral metastasis. **Conclusions** Total laparoscopic radical nephrectomy and thrombectomy is feasible and safe, with ideal oncological prognosis. Combined retroperitoneal with transperitoneal procedures can take both the advantages of these two approaches and simplify the operative manipulations.

【Key words】 Renal tumor; Venous tumor thrombus; Laparoscopic surgery

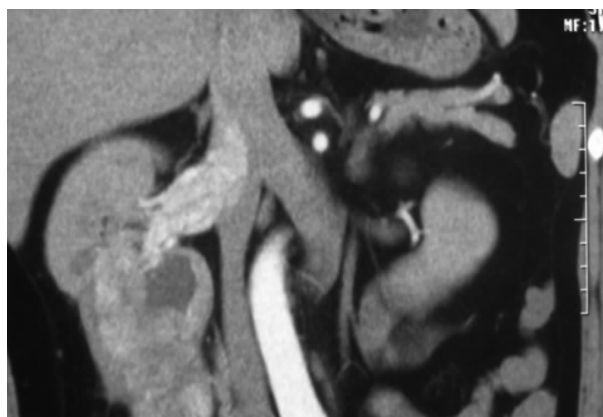
根治性肾切除及静脉癌栓取出术是肾癌伴静脉癌栓患者的首选治疗方案^[1]。由于手术操作复杂、难度较大,既往多采用开放手术方式。随着腹腔镜器械及手术技术的不断发展,近年来腹腔镜手术适应证逐步拓宽。Mcdougall 等^[2]于 1996 年报道了首例腹腔镜下肾静脉癌栓取出术。2006 年, Romero 等^[3]率先完成了首例腹腔镜下根治性肾切除 + 下腔静脉癌栓取出术。国内亦可见到少量相关腹腔镜技术报道,但均以肾静脉癌栓病例为主^[4]。近年来,我们尝试开展腹腔镜下根治性肾切除 + 肾静脉、下腔静脉癌栓取出术,2013 年 1 月至 2014 年 12 月我们采用该术式治疗了 13 例肾肿瘤伴静脉癌栓患者,积累了一定临床经验。

对象与方法

一、临床资料

本组 13 例,男 9 例,女 4 例。年龄 30 ~ 78 岁,中位值 55 岁。7 例因体检发现肾肿瘤,余 6 例临床表现为血尿 4 例,腰痛 2 例。所有患者术前均行泌尿系 B 超、增强 CT 或 MR 检查证实为肾肿瘤伴静脉癌栓形成,肿瘤位于左肾 7 例,右肾 6 例;肾静脉癌栓 7 例(左侧 6 例,右侧 1 例);下腔静脉癌栓 6 例(左侧 1 例,右侧 5 例)。根据 Mayo 静脉癌栓分级系统^[5],下腔静脉癌栓 I 级 2 例(突入下腔静脉 ≤ 2 cm),II 级 4 例(突入下腔静脉 > 2 cm,肝静脉水平以下)(图 1)。1 例既往有左股骨骨肉瘤病史,术前 CT 检查示左肾中部不规则混杂密度占位,其内可见多发结节样及斑片状高密度灶,左肾静脉及下腔静脉内可见条状高密度灶,考虑为骨肉瘤肾转移伴静脉癌栓形成可能。1 例术前胸部 CT 检查示双肺多发转移可能。所有患者术前常规行血常规、肝肾功能等实验室检查。本组患者术前肾功能均无明显异常。1 例肉眼血尿患者术前查血红蛋白 75 g/L,考虑中度贫血。2 例下腔静脉癌栓患者因肿瘤体积较大(最大径分别为 11.5、13.0 cm),术前行肾动脉栓塞术。

二、手术方法



右肾中下极占位,增强扫描可见不均匀强化。肿瘤突入下腔静脉,癌栓可见明显强化。

图 1 右肾癌伴下腔静脉癌栓 CT 检查图片

7 例肾静脉癌栓患者选择后腹腔镜下根治性肾切除及静脉癌栓取出术。全麻下,健侧卧位。采用 IUPU 法^[6]建立腹膜后腔,按照后腹腔镜下解剖性根治性肾切除术方法^[7],沿肾周筋膜与侧椎筋膜及肾前融合筋膜间的无血管潜在间隙游离肾周间隙,游离过程中尽量减少对肾脏的触碰,避免造成静脉癌栓脱落。早期游离肾动脉,以 Hem-o-lok 夹闭后切断。根据术前 CT 及 MR 检查结果,所有左肾静脉癌栓均未跨过腹主动脉,游离肾静脉后紧贴腹主动脉水平以 Hem-o-lok 夹闭肾静脉并切断,完整取出癌栓。

6 例下腔静脉癌栓患者中,早期的 2 例采用完全经腹腔入路腹腔镜手术。后 4 例在此基础上,采用联合经后腹腔及腹腔入路根治性肾切除 + 下腔静脉癌栓取出术^[8]。全麻下,健侧卧位。首先采用后腹腔镜下手术完成肾脏游离、肾动脉处理等操作,充分游离下腔静脉后方,游离并结扎腰静脉及侧支循环血管。随后,切开后腹膜,进入腹腔。患者改为斜卧位,重新放置 3 个经腹腔入路套管(脐上 3 cm 右侧腹直肌旁、脐水平右侧腹直肌旁及麦氏点各 1 个),转为经腹腔操作。将十二指肠及结肠向内侧牵拉,显露下腔静脉前方。根据术前影像学资料,术中以腹腔镜夹钳轻触下腔静脉,协助判定癌栓上极水平。

充分环周游离癌栓上下极范围内下腔静脉,游离对侧肾静脉近心端。以 3 个血管阻断钳依次阻断癌栓下极处下腔静脉、对侧肾静脉以及癌栓上极处下腔静脉,确保阻断完全。于下腔静脉前方,自肾静脉入口水平起纵向剪开下腔静脉壁,将癌栓完整取出。若癌栓与下腔静脉壁形成粘连,可切除部分下腔静脉壁以保证癌栓完整取出。立即将肿瘤及癌栓放入预先准备好的标本袋中。以 4-0 血管缝线双层连续缝合下腔静脉。确保缝合严密后松开血管阻断钳,确认无渗血后,完整取出标本,留置引流管并关闭各切口。

结 果

本组 13 例手术均顺利完成,无中转开腹。手术时间 84 ~ 456 min,中位值 195 min。6 例下腔静脉癌栓术中腔静脉阻断时间 50 ~ 75 min,中位值 55 min。7 例肾静脉癌栓术中出血量 50 ~ 150 ml,中位值 50 ml,无输血病例;6 例下腔静脉癌栓术中出血量 100 ~ 2500 ml,中位值 325 ml,2 例分别术中输血 800、1300 ml。本组 13 例术中均未发现肿大淋巴结,未行淋巴结清扫。

1 例下腔静脉癌栓患者术后血肌酐一过性升高,未予特殊处理,出院前复查血肌酐降至正常范围。1 例右肾癌伴下腔静脉癌栓患者术前因肉眼血尿致中度贫血,术后输血治疗。住院时间 6 ~ 16 d,中位值 8 d。术后病理检查:肿瘤最大径 4.5 ~ 13.0 cm,平均 (7.9 ± 2.5) cm;肾透明细胞癌 11 例,嫌色细胞癌 1 例,骨肉瘤肾转移 1 例;5 例伴有肾周或肾窦脂肪肿瘤浸润,2 例肿瘤伴肉瘤样分化;13 例手术切缘均未见肿瘤,均未发现淋巴结转移。术后 13 例均获随访,随访时间 2 ~ 22 个月,中位值 13 个月,无死亡病例。2 例分别于术后 13、17 个月发生双肺转移,1 例于术后 9 个月发生腰椎转移。2 例采用舒尼替尼 50 mg 1 次/d(4/2 方案)治疗,1 例采用索拉非尼 400 mg 2 次/d 治疗。余 10 例未见复发或转移。

讨 论

静脉系统侵犯是局部进展型肾癌的特点之一,4% ~ 10% 的肾癌患者伴有肾静脉或下腔静脉癌栓形成^[9]。大量文献证实,对于不存在同期淋巴结或远处转移的患者,在接受根治性肾切除及静脉癌栓取出术后,可获得较好的远期预后^[10-11]。既往此类手术多采用开放术式。近年来,随着腹腔镜技术的不断进步,越来越多的学者开始尝试采用腹腔镜完

成静脉癌栓的取出。

1996 年,McDougall 等^[2]报道了首例经腹腔入路腹腔镜下肾静脉癌栓取出术。2000 年,Savage 等^[12]完成了首例后腹腔镜下肾静脉癌栓取出术。对于仅存在于肾静脉内的癌栓,腹腔镜手术处理相对简单。但由于左肾静脉较长,走行过程中跨过腹主动脉前方并受到肠系膜上动脉影响,不同长度的左肾静脉癌栓的手术操作难度不一。吕文成等^[13]对左肾静脉癌栓进行分级,并总结了不同级别左肾静脉癌栓的腹腔镜处理经验。2002 年,Sundaram 等^[14]完成首例了手辅助经腹腔入路腹腔镜下下腔静脉癌栓取出术。随着技术的不断进步,有关腹腔镜手术处理静脉癌栓的报道逐年增多,Disanto 等^[15]和 Varkarakis 等^[16]先后报道了经腹腔入路和经腹膜后入路腹腔镜下根治性肾切除术联合开放式下腔静脉癌栓取出术,此种联合术式在腹腔镜下完成肾脏游离、肾动脉处理以及下腔静脉的游离,然后于腹部小切口下行开放手术完成下腔静脉癌栓取出。Varkarakis 等^[16]认为采取开放手术可以有效减小癌栓取出的手术难度,避免空气栓塞、癌栓脱落等风险。有学者认为后腹腔镜手术在处理肾脏方面更具优势,能够更加直接、快捷地控制肾动脉,减少对肾静脉的触碰,同时能够充分处理下腔静脉后方迂曲扩张的腰静脉,有效减少术中出血^[17]。

对于经腹腔入路腹腔镜手术,既往有学者提出可应用经 Treitz 韧带(左侧)或经主动脉-下腔静脉间隙(右侧)途径完成超早期肾动脉阻断^[18]。但本组患者由于增粗的肾静脉干扰,经腹显露肾动脉通常具有一定难度,我们推荐可选择性采用术前肾动脉栓塞术,以达到与早期阻断肾动脉类似的效果。术前肾动脉栓塞可以使癌栓在一定程度上缩短,便于后续癌栓取出操作^[19]。本组中 2 例因肿瘤体积较大,行术前肾动脉栓塞术。根据我们的经验,术前肾动脉栓塞可在一定程度上减少术中肾脏游离过程中的出血。

我们在完全经腹腔入路腹腔镜下根治性肾切除及下腔静脉癌栓取出术的经验基础上,开展了经后腹腔镜联合腹腔入路的手术方式^[8]。该术式首先采用经后腹腔镜入路,一方面是考虑到国内学者对于后腹腔镜下根治性肾切除术的解剖结构更为熟悉,且经后腹腔镜入路更易显露肾动脉,便于早期进行结扎和离断。经后腹腔镜入路可以更加充分地显露下腔静脉后方,方便对腰静脉及侧枝血管的处理,可以有效减少术中出血。本研究中,初期的 2 例下腔静脉癌

栓手术因经验不足,术中腰静脉阻断不完全,导致开放下腔静脉后出血较多,需术中输血治疗。随着经验的积累,在充分处理腰静脉的基础上,术中出血可得到有效控制。经后腹腔入路操作结束后,转为经腹腔途径操作,进一步充分游离下腔静脉前方及对侧肾静脉近心端。在经腹腔途径下可以非常便捷地完成下腔静脉的阻断、切开取栓及修补等后续步骤。需强调的是,应按照癌栓下极处下腔静脉、对侧肾静脉以及癌栓上极处下腔静脉的顺序完成血管阻断,这样可以减少下腔静脉内的存血,避免开放下腔静脉时过多出血。此联合入路术式有效地结合了后腹腔镜和经腹腔入路腹腔镜手术的诸多优点,降低了完全腹腔镜下手术的操作难度,提高了安全性。

既往报道的腹腔镜下下腔静脉癌栓取出术的病例多为右肾肿瘤^[19-20],主要是因为右肾静脉较短,且肿瘤与下腔静脉位于同侧,处理难度相对较低。本研究中 1 例骨肉瘤左肾转移伴下腔静脉癌栓患者采用此术式,先后腹腔镜下左肾游离及左肾动脉处理,然后在经腹腔入路腹腔镜下完成下腔静脉取栓操作。此联合腹腔镜入路术式避免了传统双侧肋缘下切口,减小了手术创伤,利于患者术后恢复,达到了微创治疗的目的。

有文献报道对于肾癌伴下腔静脉癌栓患者术前应用靶向药物治疗可显著降低癌栓级别、减小手术难度^[21]。但也有临床试验报道,术前应用靶向药物治疗仅使 12% 的患者的癌栓级别降低,仅 1 例(4%)因癌栓级别降低更改手术方案^[22]。对于局部进展性高危肾癌患者,术后是否应使用靶向药物治疗仍不明确,国外一项临床试验(ASSURE 研究, NCT00326898)的初步结果显示靶向药物治疗并不能有效改善局部进展性肾癌患者术后的疾病无进展生存率及总体生存率^[23]。因此,我们并不推荐非转移性肾癌患者术后常规服用靶向药物。对于术后随访过程中出现远处转移的患者,推荐按照转移性肾癌治疗方案采用靶向药物治疗。

有文献报道术前放置下腔静脉滤网可能在一定程度上增大术中下腔静脉处理难度^[24]。因此,我们不推荐术前常规放置下腔静脉滤网。部分患者除癌栓外可能合并血栓形成,若术中发现血栓无法完全取尽,可于术中放置下腔静脉滤网以预防术后肺栓塞。术后需联合抗凝治疗,根据血栓机化情况择期取出滤网。

完全腹腔镜下根治性肾切除及静脉癌栓取出术的操作难度较大,尤其是下腔静脉取栓过程复杂,仅

推荐具有娴熟腹腔镜操作技术、配合熟练的手术团队的医院试行开展。术中应尽量减少对于癌栓的触碰,并确保下腔静脉阻断完全,避免癌栓脱落导致肺栓塞等致命性并发症。同时,应随时做好中转开腹准备,以应对术中大出血等紧急情况。

根据我们的初步经验,完全腹腔镜下根治性肾切除及静脉癌栓取出术是安全可行的,并且可以达到良好的肿瘤控制效果。经后腹腔联合腹腔入路的手术方式可有效结合两种入路的操作优势,降低手术难度。在充分保证患者安全及肿瘤控制效果的前提下,有条件的医疗单位可以逐步尝试开展。

参 考 文 献

- [1] Lawindy SM, Kurian T, Kim T, et al. Important surgical considerations in the management of renal cell carcinoma (RCC) with inferior vena cava (IVC) tumour thrombus [J]. BJU Int, 2012, 110:926-939.
- [2] McDougall E, Clayman RV, Elashry OM. Laparoscopic radical nephrectomy for renal tumor: the Washington University experience [J]. J Urol, 1996, 155:1180-1185.
- [3] Romero FR, Muntener M, Bagga HS, et al. Pure laparoscopic radical nephrectomy with level II vena caval thrombectomy [J]. Urology, 2006, 68:1112-1114.
- [4] 王文营, 吕文成, 张道新, 等. 后腹腔镜下根治性肾切除及静脉取栓术的效果分析 [J]. 中华泌尿外科杂志, 2013, 34:653-656.
- [5] Blute ML, Leibovich BC, Lohse CM, et al. The Mayo Clinic experience with surgical management, complications and outcome for patients with renal cell carcinoma and venous tumour thrombus [J]. BJU Int, 2004, 94:33-41.
- [6] 周利群, 张凯, 何志嵩, 等. 后腹腔镜下 IUPU 法建立腹膜后腔的简单性、安全性及实用性--1114 例应用经验 [J]. 中华泌尿外科杂志, 2010, 31:311-314.
- [7] 周利群, 宋刚, 姚鲲, 等. 后腹腔镜下解剖性肾切除术 405 例经验总结 [J]. 中华泌尿外科杂志, 2010, 31:296-299.
- [8] Tang Q, Wang T, Li X, et al. Renal cell carcinoma with infrahepatic vena caval tumor thrombus treated with a novel combined retroperitoneal and transperitoneal pure laparoscopic procedure [J]. Urology, 2014, 83:e9-e10.
- [9] Martinez-Salamanca JI, Huang WC, Millan I, et al. Prognostic impact of the 2009 UICC/AJCC TNM staging system for renal cell carcinoma with venous extension [J]. Eur Urol, 2011, 59:120-127.
- [10] 唐琦, 宋毅, 李学松, 等. 肾癌伴静脉癌栓患者的外科治疗策略及长期疗效观察 [J]. 北京大学学报(医学版), 2013, 45:549-553.
- [11] Wagner B, Patard JJ, Mejean A, et al. Prognostic value of renal vein and inferior vena cava involvement in renal cell carcinoma [J]. Eur Urol, 2009, 55:452-459.
- [12] Savage SJ, Gill IS. Laparoscopic radical nephrectomy for renal cell carcinoma in a patient with level I renal vein tumor thrombus [J]. J Urol, 2000, 163:1243-1244.
- [13] 吕文成, 王文营, 张道新, 等. 不同分级肾静脉癌栓后腹腔镜左肾癌根治术的可行性 [J]. 临床泌尿外科杂志, 2011, 26:328-332.
- [14] Sundaram CP, Rehman J, Landman J, et al. Hand assisted laparoscopic radical nephrectomy for renal cell carcinoma with inferior vena caval thrombus [J]. J Urol, 2002, 168:176-179.
- [15] Disanto V, Pansadoro V, Portoghesi F, et al. Retroperitoneal

- laparoscopic radical nephrectomy for renal cell carcinoma with infrahepatic vena caval thrombus[J]. Eur Urol, 2005, 47: 352-356.
- [16] Varkarakis IM, Bhayani SB, Allaf ME, et al. Laparoscopic-assisted nephrectomy with inferior vena cava tumor thrombectomy: preliminary results[J]. Urology, 2004, 64: 925-929.
- [17] Xu B, Zhao Q, Jin J, et al. Laparoscopic versus open surgery for renal masses with infrahepatic tumor thrombus: the largest series of retroperitoneal experience from China[J]. J Endourol, 2014, 28: 201-207.
- [18] 王林辉, 盛海波, 刘冰, 等. 超早期肾动脉阻断技术在经腹腔镜肾癌根治术中的安全性及可行性研究[J]. 第二军医大学学报, 2011, 32: 934-937.
- [19] Martin GL, Castle EP, Martin AD, et al. Outcomes of laparoscopic radical nephrectomy in the setting of vena caval and renal vein thrombus: seven-year experience[J]. J Endourol, 2008, 22: 1681-1685.
- [20] Hoang AN, Vaporeyan AA, Matin SF. Laparoscopy-assisted radical nephrectomy with inferior vena caval thrombectomy for level II to III tumor thrombus: a single-institution experience and review of the literature[J]. J Endourol, 2010, 24: 1005-1012.
- [21] Karakiewicz PI, Suardi N, Jeldres C, et al. Neoadjuvant sunitinib induction therapy may effectively down-stage renal cell carcinoma atrial thrombi[J]. Eur Urol, 2008, 53: 845-848.
- [22] Cost NG, Delacroix SJ, Sleeper JP, et al. The impact of targeted molecular therapies on the level of renal cell carcinoma vena caval tumor thrombus[J]. Eur Urol, 2011, 59: 912-918.
- [23] Haas NB, Manola J, Uzzo RG, et al. Initial results from ASSURE (E2805): Adjuvant sorafenib or sunitinib for unfavorable renal carcinoma, an ECOG-ACRIN-led, NCTN phase III trial[J]. J Clin Oncol, 2015, 33: 403.
- [24] Blute ML, Boorjian SA, Leibovich BC, et al. Results of inferior vena caval interruption by greenfield filter, ligation or resection during radical nephrectomy and tumor thrombectomy[J]. J Urol, 2007, 178: 440-445.

(收稿日期: 2015-02-12)

(本文编辑: 黄鹿)

· 病例报告 ·

腹膜后成熟畸胎瘤合并类癌一例报告

沈志远 孙忠全

患者,男,22岁。2008年6月25日因B超检查发现左肾门液性占位入院。曾因高血压就诊,无不适症状。查体未发现明显异常,实验室检查均正常。静脉肾盂造影检查:左肾区一直径8.0 cm软组织肿块,内部密度不均,有钙化,周围见蛋壳样钙化。CT检查:左侧后腹膜一类圆形多房性囊灶,约7.5 cm×6.0 cm×6.0 cm大小,边缘呈分叶状,内部密度不均匀,大部分间隔和壁钙化,增强扫描无明显变化;囊液密度较高,CT值20~25 HU;相邻肾实质及肾静脉明显受压。术前诊断为左侧腹膜后占位。全麻下拟行左腹膜后占位切除术。术中见肿瘤位于左肾内侧,有包膜,呈囊实性,与左肾关系紧密,因无法将肿瘤与左肾分离故行肿瘤加左肾切除术。病理检查:大体标本见肿瘤有包膜,黄白色,呈囊实性,最大囊腔直径约9.0 cm,切开后可见淡黄色胶冻样物质;镜下观察可见骨、软骨、柱状上皮及类癌成分。病理诊断为成熟畸胎瘤合并类癌。患者术后恢复良好,随访5年未见肿瘤复发。

讨论 畸胎瘤来源于三胚层,可含有几乎任何类型的组织,该肿瘤好发于生殖腺及身体中线两旁,最多见于卵巢和睾丸,而原发性腹膜后畸胎瘤在成人中很少见^[1-2]。囊性畸胎瘤由完全成熟的组织构成,如皮脂样物质、毛发,通常为良

性。实性畸胎瘤由未成熟的胚胎组织、纤维组织、脂肪、软骨和骨组成,倾向于恶性。本例病理检查可见柱状上皮、骨、软骨组织,病理诊断为成熟畸胎瘤。成熟畸胎瘤内出现恶性肿瘤非常少见,被称为畸胎瘤合并恶性变,最常见的为鳞状细胞癌,类癌少见。腹膜后肾旁畸胎瘤伴类癌的情况更少见,目前仅见5例报道^[1-5],其中无男性患者。

本病的诊断依靠病理检查。成熟畸胎瘤对放化疗不敏感,治疗方法是手术完整切除肿瘤。原发性腹膜后成熟畸胎瘤伴类癌的预后并不明确。已报道的5例中,2例分别随访24、31个月,未见复发。本例患者术后未接受其他治疗,随访5年未见复发。

参 考 文 献

- [1] Shindo K, Ueda J, Toubou T, et al. Primary carcinoid tumor in a retroperitoneal mature teratoma: report of a case[J]. Surg Today, 2013, 43: 694-697.
- [2] Gatcombe HG, Assikis V, Kooby D, et al. Primary retroperitoneal teratomas: a review of the literature[J]. J Surg Oncol, 2004, 86: 107-113.
- [3] 徐国蕊, 刘劲松, 李梅. 腹膜后成熟性囊性畸胎瘤合并类癌1例[J]. 临床与实验病理学杂志, 2010, 26: 120-121.
- [4] 孙湘君, 张俐雅. 腹膜后单胚层畸胎瘤性类癌1例[J]. 诊断病理学杂志, 2003, 10: 190.
- [5] 刘爱军, 蒋艳霞, 王素梅. 腹膜后囊性不成熟性畸胎瘤伴类癌1例[J]. 中国肿瘤临床, 1999, 26: 878.

(收稿日期: 2014-12-03)

(本文编辑: 黄鹿)

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1000-6702.2015.09.

作者单位: 200040 复旦大学附属华东医院泌尿外科

通信作者: 孙忠全, Email: drzhongquan@sina.com