

· 短篇与个案 ·

双镜联合下改良膀胱部分切除术治疗膀胱憩室癌 1 例报道

谭佳帅^{1,2}, 刘小兵¹, 孙世安¹, 高焱平¹, 陈峻宏¹, 胡光勇¹, 余勇军¹

(1. 武汉科技大学附属孝感医院泌尿外科, 湖北孝感 432100; 2. 武汉科技大学医学部医学院, 湖北武汉 430000)

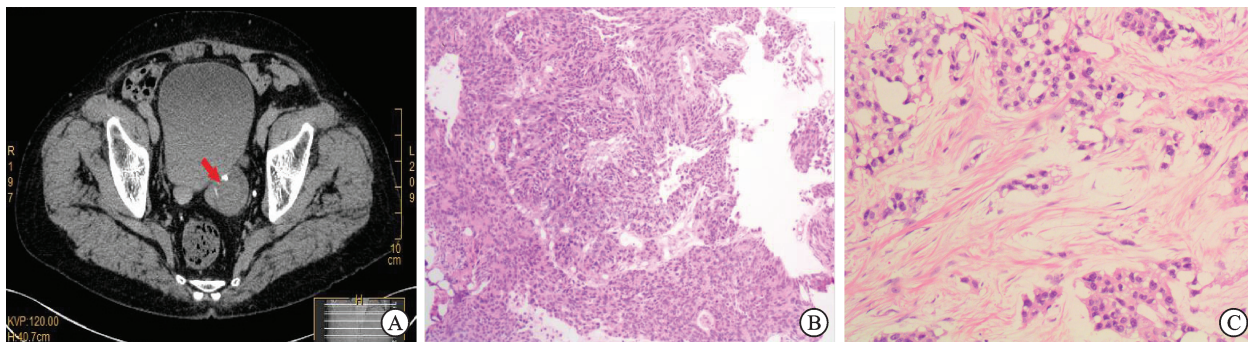
关键词: 双镜联合; 膀胱憩室癌; 腹腔镜; 膀胱镜; 膀胱部分切除术**中图分类号:** R737.14**文献标志码:** B**DOI:** 10.3969/j.issn.1009-8291.2025.04.017

膀胱憩室癌罕见, 武汉科技大学附属孝感医院泌尿外科收治 1 例, 借助直线切割缝合器采取双镜联合下改良膀胱部分切除术进行治疗, 手术时间短且具有预防肿瘤细胞腹腔种植转移的优点, 现报告如下。

1 病例报告

患者男性, 72 岁。因“无痛性肉眼血尿 20 d”就诊于武汉科技大学附属孝感医院泌尿外科。既往前

列腺手术史, 右侧疝气手术史, 无其他基础疾病史。实验室检查红细胞计数 2.28×10^{12} 个/L, 血红蛋白 85 g/L, 尿常规、血生化及肿瘤标志物检查未见异常。泌尿系计算机断层扫描尿路成像 (computer tomograph urography, CTU) 检查示膀胱多发憩室并憩室内肿瘤性病变 (图 1A)。膀胱镜检查可见膀胱底部—4.0 cm×5.0 cm 憩室, 其内有一约 3.0 cm×3.0 cm 菜花样新生物。



A: 泌尿系 CTU 示膀胱多发憩室并憩室内肿瘤性病变; B: 膀胱浸润性尿路上皮癌 (高级别) (HE, ×100);

C: 膀胱憩室浸润性尿路上皮癌 (高级别) 穿透肌层 (HE, ×400)。

图 1 膀胱憩室癌患者影像及病理图

行双镜联合下改良膀胱部分切除术, 具体手术步骤如下: 全身麻醉满意后取截石位、头低脚高位, 常规消毒铺巾。置入电切镜, 找到并完整切除憩室肿瘤, 修切至边缘约 1 cm, 切除组织送病理检查, 留置左侧输尿管支架 1 根。置入腹腔镜, 在左侧输尿管跨越髂血管处打开腹膜, 找到左侧输尿管并尽量向下游离近膀胱处。在电切镜光源引导下找到膀胱憩室, 使用直线切割缝合器于憩室根部离断, 完整取出憩室, 彻底止血, 置腹腔引流管 1 根, 检查无活动性出血, 依次缝合各伤口。术中出血量约 100 mL, 手术时间为 150 min。术后病理: 膀胱浸润性尿路上皮癌 (高级别) (图 1B); 膀胱憩室浸润性尿路上皮癌 (高级别) 穿透肌层 (图 1C)。

患者术后第 1 天下床活动并流质饮食, 术后第

5 天拔除腹腔引流管, 术后第 7 天拔除尿管, 无漏尿情况发生。随访 1 年肿瘤无复发。

2 讨论

临床上膀胱憩室多见, 但发生在憩室内的肿瘤即膀胱憩室癌较为罕见。膀胱憩室癌最常见的病理类型为尿路上皮癌。膀胱憩室内尿液残留、反复感染是膀胱憩室癌发生的重要原因^[1]。膀胱憩室癌的临床诊断主要依赖膀胱镜检查, 膀胱镜下可以直观地观察憩室的位置、大小及肿瘤大小、数目, 以及与输尿管开口的毗邻关系^[2], 同时可以钳取病灶组织进行病理检查, 病理是其诊断的金标准。

膀胱憩室癌最主要的治疗方法是手术治疗。目前腹腔镜下膀胱部分切除术是主要的手术方式, 其能够很好地保留膀胱功能, 肿瘤切除率高且创伤小^[3-4]。该术式有以下 2 点注意事项: ①膀胱憩室的精确定位; ②腹腔种植转移的风险。精确定位膀胱憩室是手

收稿日期: 2024-03-12

修回日期: 2024-06-18

通信作者: 余勇军, 副主任医师。E-mail: 308412772@qq.com

作者简介: 谭佳帅, 硕士研究生在读。研究方向: 泌尿外科疾病诊疗。

E-mail: tjs198916@126.com

术的关键。孙博等^[5]采用腹腔镜联合膀胱镜检查,向憩室内注射吲哚菁绿等方法定位憩室颈部并切除憩室。ASHTON 等^[6]术前将导尿管插入膀胱憩室并充盈球囊,利用球囊固定从而切除憩室。对于较大的憩室,以上定位方法均适用,但较小的憩室容易漏诊,本例患者使用腹腔镜联合膀胱镜检查精准定位。膀胱镜检查定位更适合多发憩室,膀胱镜操作中充盈膀胱的体积在 250~500 mL 为宜,若膀胱过度充盈,腹腔镜的操作空间会被压缩,张力过大也不利于憩室切除;若膀胱充盈不佳,膀胱镜下难以仔细观察憩室内的肿瘤。

常规腹腔镜下膀胱部分切除术存在腹腔种植转移及憩室切口缝合后漏尿的风险。本例患者采用双镜联合下改良术式,不仅保留了传统术式的优点,而且避免了术中切口与腹腔相通,可以很好地解决肿瘤腹腔种植转移的问题。憩室切除后,常规膀胱灌注治疗即可,无需术后全身化疗。JIN 等^[7]通过荟萃分析发现直线切割缝合器在腹腔镜胃手术中可以减少吻合口并发症、吻合口狭窄、出血和伤口感染的发生率,JEONG 等^[8]的研究也支持此观点。使用直线切割缝合器可以基本杜绝膀胱瘘的发生,同时缩短了手术时间,降低了盆腔积液和术后感染的发生率。

综上,对比传统术式,双镜联合下改良膀胱部分切除术具有以下优点:①电切镜引导定位憩室,精准切除肿瘤;②膀胱憩室不与腹腔相通,避免腹腔种植转移。对于 T2 期以内的膀胱憩室癌,双镜联合下改良膀胱部分切除术是一种安全可行的治疗方法。

参考文献:

- [1] MD NOH MS, ABDUL AZIZ AF, MOHD GHANI KA, et al. Giant intradiverticular bladder tumor[J]. Am J Case Rep, 2017, 1(18):212-216.
- [2] 王浩,陈雯,李凤陈,等.膀胱憩室癌的 CT 表现特征分析[J].临床放射学杂志,2017,36(3):381-383.
- [3] 袁道彰,徐晓龙,王丽艳,等.膀胱软镜联合腹腔镜膀胱部分切除术治疗肌层浸润性膀胱癌 11 例[J].中国微创外科杂志,2017,17(8):754-756.
- [4] ŠTIMAC G, KNEŽEVIĆ M, GRUBIŠIĆ I, et al. A rare case of squamous cell carcinoma in urinary bladder diverticulum successfully treated by bladder-sparing surgery[J]. Acta Clin Croat, 2015, 54(3):363-366.
- [5] 孙博,刘川海,侯备,等.膀胱镜下注射吲哚菁绿指引腹膜外途径腹腔镜膀胱憩室切除术 3 例[J].微创泌尿外科杂志,2021,10(6):399-401.
- [6] ASHTON A, SOARES R, KUSUMA VRM, et al. Robotic-assisted bladder diverticulectomy: point of technique to identify the diverticulum[J]. J Robot Surg, 2019, 13(1):163-166.
- [7] JIN T, LIU HD, CHEN ZH, et al. Linear stapler versus circular stapler for patients undergoing anastomosis for laparoscopic gastric surgery: a meta-analysis[J]. J Invest Surg, 2022, 35(7):1434-1444.
- [8] JEONG O, JUNG MR, KANG JH, et al. Reduced anastomotic complications with intracorporeal esophagojejunostomy using endoscopic linear staplers (overlap method) in laparoscopic total gastrectomy for gastric carcinoma[J]. Surg Endosc, 2020, 34(5):2313-2320.

(编辑 钟娇娇)