

腹股沟疝合并精索脂肪瘤诊治分析

罗志钢 汤厚阔 张思东 范育林

【摘要】目的 总结腹股沟疝合并精索脂肪瘤的诊断及手术治疗经验,为提高临床对该病的诊治水平提供参考。**方法** 回顾分析2016年1月至2021年7月合肥市第三人民医院收住院的116例接受开放性腹股沟疝修补术的腹股沟疝患者临床资料,分析术中发现的24例腹股沟疝合并精索脂肪瘤的诊断及手术技巧。**结果** 本组腹股沟疝合并精索脂肪瘤的发生率为20.7% (24/116),24例腹股沟疝合并精索脂肪瘤患者均在开放性疝修补术中分离至内环口以上水平后切除,术后无复发。24例患者腹股沟疝Nyhus分型,21例为Ⅱ型、Ⅲ型,占87.5%。精索脂肪瘤病理分型:血管脂肪瘤1例,纤维脂肪瘤6例,脂肪瘤17例。**结论** 腹股沟疝合并精索脂肪瘤有较高的发生率,通常在术中确诊,应予术中游离至内环口以上水平切除。

【关键词】 腹股沟疝;精索脂肪瘤;诊治

doi:10.3969/j.issn.1000-0399.2022.09.022

精索脂肪瘤是指精索结构中的脂肪瘤或脂肪垂^[1]。也有文献称之为精索脂肪异常^[2]、精索脂肪瘤^[3]、精索脂肪肉瘤^[4-5]。精索脂肪瘤通常在腹股沟疝手术中发现,且在手术中一旦发现,应尽可能切除,否则易造成疝的复发^[6]。目前,临床对此疾病的研究主要在概念和发病机制的讨论中,而对于手术处理方法报道较少,现有的专家共识和指南也没有统一规范。为此,本文对在开放腹股沟疝修补术中发现的24例腹股沟疝合并精索脂肪瘤患者的临床资料进行回顾分析,探讨精索脂肪瘤的解剖特点及手术技巧,旨在临床提高对该病的认识及手术治疗效果提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2016年1月至2021年7月合肥市第三人民医院收治的116例行开放腹股沟疝修补

手术中发现的24例合并精索脂肪瘤的患者为研究对象。24例患者中,年龄23~84岁;腹股沟疝病程1~16个月,平均 (8.90 ± 2.89) 个月;腹股沟斜疝21例,裤裆疝1例,复发疝1例,直疝1例;左侧疝8例,右侧疝16例。病例纳入标准:所有患者均符合成人腹股沟疝诊疗指南(2018年版)^[7]中腹股沟疝的诊断标准,脂肪瘤符合《外科学》^[8]关于脂肪瘤描述。患者均为男性,且接受了开放性腹股沟无张力疝修补手术。排除标准:与精索无关的腹股沟区皮下脂肪瘤和孤立存在于精索的真性脂肪瘤和脂肪肉瘤。

1.2 手术方法 采用腰硬联合麻醉或气管内全麻,腹壁前入路,切开腹外斜腱膜,从内环口至耻骨结节游离精索,测量精索直径,显露内环口及腹股沟管后壁,测量内环口直径。打开精索内筋膜,寻找疝囊和/或精索脂肪瘤。精索脂肪瘤位于精索内筋膜内侧,呈狭长瘤

作者单位:230023 安徽合肥 合肥市第三人民医院普外科

central contributor to cancer progression[J]. Int J Radiat Biol, 2019,95(7):912-919.

[17] URATA K, KAJIHARA I, MIYAUCHI H, et al. The Warburg effect and tumour immune microenvironment in extramammary Paget's disease: overexpression of lactate dehydrogenase a correlates with immune resistance[J]. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2020,34(8):1715-1721.

[18] PEREIRA - NUNES A, AFONSO J, GRANJA S, et al. Lactate and lactate transporters as key players in the maintenance of the warburg effect[J]. Adv Exp Med Biol, 2020, 1219:51-74.

[19] SCOTT K E, CLEVELAND J L. Lactate wreaks havoc on

tumor - infiltrating T and NK cells[J]. Cell Metab, 2016, 24(5):649-650.

[20] SETH P, CSIZMADIA E, HEDBLÖM A, et al. Deletion of lactate dehydrogenase - A in myeloid cells triggers antitumor immunity[J]. Cancer Res, 2017,77(13):3632-3643.

[21] WANG X, ZHANG B, CHEN X, et al. Lactate dehydrogenase and baseline markers associated with clinical outcomes of advanced esophageal squamous cell carcinoma patients treated with camrelizumab (SHR - 1210), a novel anti - PD - 1 antibody[J]. Thorac Cancer, 2019,10(6):1395-1401.

(2022-04-20 收稿)

(本文编校:刘菲,胡欣)

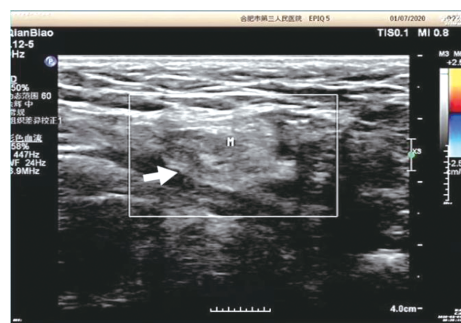
状增生的脂肪组织。如发现精索脂肪瘤,将精索脂肪瘤游离到内环口以上水平切断,再将断端连同其内的血管结扎。疝囊高位游离,直接翻转或横断后翻转至腹膜外。然后修补内环口,将补片放置在腹股沟管后壁行无张力疝修补术。切下的脂肪组织送病理检查。

2 结果

本组 116 例行开放性腹股沟疝修补术的腹股沟症患者,术中发现 24 例(20.7%)合并精索脂肪瘤,均在术中切除。术后无一例并发症发生,电话随访半年无一例腹股沟疝复发。24 例患者中,测量精索直径平均为 2.8 cm,内环口扩大,平均为 3.5 cm。24 例患者 Nyhus 分型:I型 2 例(8.3%),II、III型 21 例(87.5%),IV 型 1 例(4.2%)。精索脂肪瘤均位于精索内筋膜内侧,呈狭长瘤状增生的脂肪组织,在精索内延伸,阴囊端有完整包膜,有弹性,在内环处狭窄呈蒂样,与腹膜外脂肪延续。切除的精索脂肪瘤长度 2.8 cm ~ 6.5 cm。术后病理:血管脂肪瘤 1 例,纤维脂肪瘤 6 例,脂肪瘤 17 例。

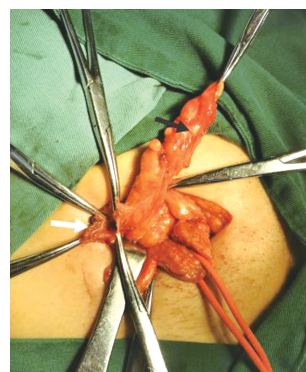
3 典型病例

患者男性,62 岁,系“右侧腹股沟区可复性包块 1 年余”入院。查体:站立位右侧腹股沟区可触及 7 cm × 3 cm 大小肿物,质软,无压痛,未坠入阴囊,可回纳腹腔,指压内环口,嘱咳嗽,指尖有冲击感,包块不复出。平卧位右腹股沟区充实感。阴囊透光试验阴性。彩超:右侧腹股沟区见大小约 31 mm × 11 mm 偏强回声,内部回声不均匀,轮廓尚规则,似与腹腔相通(图 1)。在硬膜外复合静脉麻醉下对患者行腹股沟无张力疝修补术:取右侧腹股沟管中点上方 2 cm 至右耻骨结节连线作斜切口约 6 cm,依次切开皮肤、皮下筋膜,切开腹外斜肌腱膜及外环,分离显露腹股沟韧带、耻骨结节、联合肌腱,保护髂腹下神经、髂腹股沟神经。切开提睾肌,自内环口至耻骨结节游离精索,打开精索内筋膜,于精索内上方找到疝囊,约有 7 cm × 3 cm 大小,横断后远端旷置,近端高位分离至内环口。内环口约有 3.5 cm 大小,精索直径 2.8 cm。可见精索内淡黄色脂肪瘤,大小 2.5 cm × 5 cm(图 2),游离精索脂肪瘤至内环口以上水平切除,近端结扎。修补内环口,置入强生超普疝修补片平铺于精索后方腹股沟管后壁,边缘分别固定于髂耻束,弓状腱膜缘。



注:患者右侧腹股沟区紧贴精索见一实性高回声包块,边界尚清晰,内部回声不均匀(箭头示)。

图 1 术前腹股沟区精索脂肪瘤彩超



注:术中游离精索脂肪瘤至内环口水平(黑色箭头示),近端疝囊(白色箭头示)。

图 2 精索脂肪瘤开放手术

4 讨论

目前,有关股沟疝合并精索脂肪瘤的文献,主要是探讨其发病率和发病机制,总结其临床诊治分析的文献少有报道^[9-12],本文对腹股沟疝术中发现的精索脂肪瘤的诊断及手术技巧进行分析总结,对临床提高对本病的认识及手术效果具有重要意义。

腹股沟疝通常通过典型的临床症状和体征即可确诊,所以对此类患者往往忽视术前腹股沟区的影像学检查,导致部分患者术前遗漏合并精索脂肪瘤的诊断。本组仅部分病例在术前进行了彩超检查,有精索脂肪瘤的患者超声显示偏强回声,手术中均证实为精索脂肪瘤。研究^[13-14]显示在腹股沟疝手术前常规彩超的鉴别诊断价值较高,术前彩超可以提示精索脂肪瘤和精索脂肪瘤,并有助于术前确定手术方案。笔者建议对临床诊断的腹股沟疝患者,常规进行影像学检查,包括腹股沟区彩超或者下腹部 CT 扫描。还要和影像科室医生沟通,统一精索脂肪瘤的诊断标准。

本组资料显示,腹股沟疝合并精索脂肪瘤的发生率为 20.7%。这与 Nasr 等^[12]的报道结果类似。精索脂肪瘤常见于 BMI 偏高,站立位腹部脂肪堆积明显的

患者^[15]。术中解剖脂肪瘤发现,精索脂肪瘤均在环与腹膜外脂肪相连,在精索内下移,造成内环口明显扩大。本组24例患者,与无合并精索脂肪瘤的患者病人比较,其精索直径、内环口直径明显增大,这导致本组患者87.5%(21/24)Nyhus分型为Ⅱ型、Ⅲ型。精索脂肪瘤可以造成精索直径的扩大,从而造成内环口的扩大,这种现象可能是疝形成初期的状态,或者在疝的形成过程中有促进作用。而扩大的内环口又反过来促进腹膜后脂肪组织的下移,并进一步形成精索脂肪瘤。体现了精索脂肪瘤与腹股沟疝相互作用、互为因果关系。如果精索脂肪瘤不切除,会影响内环口的修补,术后腹股沟区臃肿感,甚至直接导致疝的复发。本组24例患者术后病理均为正常脂肪组织,说明精索脂肪瘤与腹膜外脂肪同源,支持腹膜外脂肪经内环向下移动并形成精索脂肪瘤的观点。

在开放腹股沟疝修补术中,手术者只要有精索脂肪瘤的概念,不难发现精索脂肪瘤的存在。有精索脂肪瘤的患者,通常精索比较粗大,内环口扩张明显。在游离精索解剖内环的过程中,会发现位于精索内筋膜内淡黄色略有张力的瘤状增生物,与精索的色差大于疝囊与精索的色差,常常先于疝囊被辨别出来。手术可以先游离疝囊,也可以先游离精索脂肪瘤,游离到内环口处分别处理。因为修补内环是成人腹股沟疝重要的环节,异常增生的脂肪组织需要在精索内完整游离至内环口以上水平,然后横断切除,断端还纳腹膜外腔,断端因有滋养血管,需要妥善结扎,然后妥善修补内环。因为无法明确脂肪瘤病理类型,也避免术后精索臃肿感误认为疝复发,所以需要在内环口以外完整游离切除精索脂肪瘤,标本送检病理。

目前,随着微创技术的普及,腹腔镜疝修补手术因具有创伤小、恢复快等诸多优点,有逐渐替代开放手术的趋势。但由于腹腔镜是从腹腔内、内环口上方观察疝囊,并不易观察到位于腹股沟管内的精索脂肪瘤而忽视它的存在。如果忽略精索脂肪瘤的存在,会使补片放置在精索脂肪瘤的后方,远期引起疝的复发。因此,术前借助超声等方法提前诊断出精索脂肪瘤非常重要。对于合并比较巨大的精索脂肪瘤,笔者认为选择开放手术更为妥当。

综上所述,腹股沟疝合并精索脂肪瘤有较高的发生率。术前彩超可以发现精索脂肪瘤,并对治疗方案

的选择有指导意义。腹股沟疝患者如术前未进行腹股沟区彩超等影像学检查,通常在腹股沟疝修补手术中发现精索脂肪瘤。术中完整游离精索脂肪瘤,在内环口以上水平切除有较好的疗效。

参考文献

- [1] 陈杰. 腹股沟区的解剖学再认识[J]. 中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2007,1(1):6-7.
- [2] 孙惠军,陈玉琢,刘晓江. 男性精索脂肪异常是一类疾病吗?[J]. 中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2011,5(2):246-247.
- [3] 元海成,张楠,钟岗,等. 腹腔镜诊治腹股沟区脂肪疝的临床体会[J]. 腹腔镜外科杂志,2018,23(10):738-740.
- [4] 袁令兴,姜庆艳,孟凡敏,等. 原发性精索脂肪肉瘤二例报告[J]. 中华泌尿外科杂志,2017,38(12):948-949.
- [5] 夏炜,周耀军,崔笠,等. 精索脂肪肉瘤肿瘤基因检测1例报道[J]. 现代泌尿生殖肿瘤杂志,2020,12(3):181-182.
- [6] 陈双. 腹股沟疝的病理生理[J]. 中华疝和腹壁外科杂志,2010,4(3):232-235.
- [7] 唐健雄. 成人腹股沟疝指南(2018年版)解读[J]. 临床外科杂志,2019,27(1):14-16.
- [8] 陈孝平,汪健平,赵继宗,等. 外科学[M]. 9版. 北京:人民卫生出版社,2018:158-159.
- [9] FAWCETT A N, ROONEY P S. Inguinal cord lipoma[J]. Br J Surg,1997,84(8):1168-1169.
- [10] READ R C, SCHAEFER R F. Lipoma of the spermatic cord, fatty herniation, liposarcoma[J]. Hernia,2000,4:149-154.
- [11] BERNEY C R. Why spermatic cord lipomas must be treated as "True" inguinal hernias [J]. Cureus 2021, 13(6):e15781.
- [12] NASR A O, TORMEY S, WALSH T N. Lipoma of the cord and round ligament: an overlooked diagnosis [J]. Hernia, 2005,9(3):245-247.
- [13] 周元,曾红春,马静,等. 高频超声诊断腹股沟疝与精索脂肪瘤的临床价值[J]. 黑龙江医学,2017,41(10):970-971.
- [14] 裘之瑛,唐建雄. 超声检查在腹股沟疝围手术期的价值[J]. 中华普通外科杂志,2011,26(6):91-93.
- [15] 陈伟业,肖远扬,黎建军. 探讨精索脂肪瘤在双侧腹股沟疝中的临床意义[J]. 中华疝和腹壁外科杂志,2016,10(4):303-304.

(2022-01-14收稿)

(本文编校:胡欣,刘菲,蔡济寰)