

· 病例报告 ·

单孔胸腔镜治疗双侧同期多发肺腺癌 1 例

张九江, 杨志广, 刘韵鹏, 赵小强, 邵国光*

(吉林大学第一医院胸外科, 长春 130021)

【关键词】 同期多发肺癌; 双侧; 单孔胸腔镜; 腺癌

【中图分类号】 R734.2

【文献标志码】 B

【DOI】 10.11915/j.issn.1671-5403.2019.01.012

1 临床资料

患者, 男性, 66岁, 2018年4月20日体检发现右肺上叶、左肺下叶磨玻璃结节。随访半年, 复查胸部CT示右肺上叶磨玻璃结节, 直径约1.1cm; 左肺下叶结节, 直径约1.5cm; 双肺结节较前片对比均无明显变化; 纵膈未见明显肿大淋巴结。辅助检查: 肿瘤标志物阴性; 头部核磁、腹部彩色超声、全身骨扫描未见癌转移。患者既往无吸烟史, 心功能正常; 肺功能第1秒用力呼气容积3.62L, 第1秒用力呼气量占用力肺活量比值83.13%, 弥散功能正常, 肺储备率为90%。经多学科协作讨论, 考虑患者双肺结节均为早期肺癌可能性大, 积极术前准备后决定为患者行同期双侧单孔胸腔镜手术治疗。

诊治 手术采用全身麻醉, 插37F双腔气管插管。首先取左侧卧位, 于右侧第5肋间做一个3cm切口, 手指触摸肺实质, 于右肺上叶后段探及质韧结节。切割缝合器行右肺上叶楔形切除, 快速病理回报: 微浸润性腺癌, 行淋巴结采样。转右侧卧位, 右侧单肺通气下血氧饱和度正常。于第5肋间做一个3cm切口, 游离斜裂, 沿叶间胸膜向下探查, 于下叶内前基底段探及结节, 切割缝合器行左肺下叶楔形切除。快速病理回报: 浸润性腺癌, 行系统淋巴结廓清。手术时间2h50min, 术中出血约50ml。术后第1天胸片示双肺复张良好, 血气分析动脉氧分压正常。术后第2天, 左侧胸引管引流量约50ml, 右侧胸引管引流量约30ml, 咳嗽双侧均无漏气, 遂拔除引流管。术后第3天复查胸片无特殊异常, 顺利出院。术后病理: 右肺上叶微浸润性腺癌, T1aNO, IA1期, 贴壁型为主; 左肺下叶浸润性腺癌, T2N0, IB期。肿瘤直径1.5cm, 侵犯脏层胸膜, 以腺泡型及贴壁型为主。

2 讨论

同期多发肺部结节是指肺内同时存在2个或2个以上的结节。近年来随着低剂量螺旋CT在体检中的普及, 中老年人多发肺内小结节的检出率呈明显上升趋势。肺内结节病理类型与影像学表现存在很强的关联性, 所以在诊断及

治疗中应对每个结节进行单独评估。单个肺结节的评估与孤立性肺结节基本一致, 对于直径>8mm的结节, 正电子发射计算机断层显像检查对判断良恶性有一定参考价值^[1]。多发肺部结节一般体积较小, 且实性成分占比不高, CT引导下穿刺活检漏诊率较高, 对此临床不作为常规推荐。

同期多发肺部结节的治疗原则尚缺乏高质量循证医学证据。目前研究认为, 肺部多发结节的预后主要与主病灶相关^[2]。在处理原则上, 应优先处理主要病灶, 兼顾次要病灶。对有明确病理诊断或高度怀疑恶性病变的多发肺内结节, 手术仍为首选治疗方法。手术方案应根据多发结节的数量、位置、大小及患者的身体状态而定。(1)若多个结节位于同一肺叶, 则优先推荐肺叶切除。(2)结节位于同侧不同肺叶, 若病灶直径 ≥ 2 cm, 则推荐肺叶切除, 若病灶直径<2cm, 则根据肿瘤位置行楔形切除、肺段切除或联合肺段切除, 其预后均比较理想^[3]; 多发结节行全肺切除预后差, 应尽量避免^[4]。(3)对于双侧不同肺叶的多发结节, 若患者心肺功能储备良好, 且由经验丰富的术者主刀, 可考虑行双侧同期手术。需要注意的是, 同期双侧肺叶切除风险较高, 应严格把握手术适应证。对于不能耐受双侧同期手术的患者, 应优先处理主要病灶, 待肺功能有一定代偿后限期处理次要病灶。(4)对于不能耐受手术的多发肺部结节患者, 基因靶向治疗及立体放射治疗可作为备选方案, 有报道称立体放射治疗可达到与手术切除相当的疗效^[5]。本例患者双肺结节直径均<2cm, 病灶以磨玻璃结节成分为主, 均位于优势位置, 亚肺叶切除即可达到根治目的。且患者心肺功能储备良好, 既往无吸烟史及呼吸系统病史, 术前心肺功能良好, 经多学科讨论后决定为患者行同期双侧手术, 以避免二次手术打击及两次手术间歇肿瘤的进展。

单孔胸腔镜手术是指利用单个胸部小切口完成胸外科手术的微创技术, 最早由Migliore开展, 早期主要用于肺活检、肺楔形切除等简单手术操作^[6]。2011年Gonzalez等^[7]报道首例经单孔胸腔镜左肺下叶癌根治术, 此后又相继完成了单孔胸腔镜下全肺切除术、解剖性肺段切除、支气管/肺动脉成形等术式。近年来单孔胸腔镜技术在世界范围内迅猛

发展,胸外科常见术式基本都能够在单孔胸腔镜下完成。虽然单孔胸腔镜操作空间狭小,器械容易相互干扰,但相对于传统2孔或3孔胸腔镜手术,其优势更加明显。单孔胸腔镜只涉及1个肋间隙,术中不需要大范围调整镜柱角度,因此对肋间神经及肌肉损伤较小。研究表明^[8],单孔腔镜手术术后疼痛评分明显低于3孔组,并且术区皮肤感觉缺失发生率较低。在手术可行性方面,与多孔腔镜手术比较,单孔腔镜手术在术后胸引管带管时间、术后住院天数、术后并发症发生率、住院费用等方面具有明显优势^[9,10]。本例患者为双侧多发结节,病变部位均靠近胸膜,楔形切除即可达到根治切除,手术操作简便,为单孔腔镜最佳适应证,术后3 d患者即康复出院。

由于大多数肺结节患者无明显临床症状,所以中老年人健康体检常规行胸部CT检查尤为重要。目前研究表明,手术能使肺部多发结节患者达到最大受益,但早发现早治疗仍是良好预后的前提。单孔胸腔镜手术作为近年来胸外科领域创新性的代表,其优势已得到广泛认可,但单孔腔镜之路远未结束。随着3D高清成像系统、无线腔镜、机械手臂以及专门为单孔腔镜量身定制的微型切割缝合器的逐步应用,单孔胸腔镜技术在未来胸外科领域将显得更加重要。

【参考文献】

[1] Patel VK, Naik SK, Naidich DP, *et al.* A practical algorithmic approach to the diagnosis and management of solitary pulmonary nodules (part 2): pretest probability and algorithm[J]. *Chest*, 2013, 143(3): 840-846. DOI: 10.1378/chest.12-1487.

[2] Shimada Y, Saji H, Otani K, *et al.* Survival of a surgical series of lung cancer patients with synchronous multiple ground-glass opacities, and the management of their residual lesions [J]. *Lung Cancer*, 2015, 88(2): 174-180. DOI: 10.1016/j.lungcan.2015.02.016.

[3] Fabian T, Bryant AS, Mouhles AL, *et al.* Survival after resection

of synchronous non-small cell lung cancer[J]. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 2011, 142(3): 547-553. DOI: 10.1016/j.jtevs.2011.03.035.

[4] Kocaturk CI, Gunluoglu MZ, Cansever L, *et al.* Survival and prognostic factors in surgically resected synchronous multiple primary lung cancers [J]. *Eur J Cardiothorac Surg*, 2011, 39(2): 160-166. DOI: 10.1016/j.ejcts.2010.05.037.

[5] Matthiesen C, Thompson JS, De La Fuente Herman T, *et al.* Use of stereotactic body radiation therapy for medically inoperable multiple primary lung cancer[J]. *J Med Imaging Radiat Oncol*, 2012, 56(5): 561-566. DOI: 10.1111/j.1754-9485.2012.02393.x.

[6] Migliore M. Initial history of uniportal video-assisted thoracoscopic surgery[J]. *Ann Thorac Surg*, 2016, 101(1): 412-413. DOI: 10.1016/j.athoracsur.2015.07.053.

[7] Gonzalez D, Paradelo M, Garcia J, *et al.* Single-port video-assisted thoracoscopic lobectomy [J]. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*, 2011, 12(3): 514-515. DOI: 10.1510/icvts.2010.256222.

[8] Tamura M, Shimizu Y, Hashizume Y. Pain following thoracoscopic surgery: retrospective analysis between single-incision and three-port video-assisted thoracoscopic surgery[J]. *J Cardiothorac Surg*, 2013, 8(1): 153. DOI: 10.1186/1749-8090-8-153.

[9] Harris CG, James RS, Tian DH, *et al.* Systematic review and meta-analysis of uniportal *versus* multiportal video-assisted thoracoscopic lobectomy for lung cancer [J]. *Ann Cardiothorac Surg*, 2016, 5(2): 76. DOI: 10.21037/acs.2016.03.17.

[10] Salati M, Brunelli A, Xiume F, *et al.* Uniportal video-assisted thoracic surgery for primary spontaneous pneumothorax: clinical and economic analysis in comparison to the traditional approach[J]. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*, 2008, 7(1): 63-66. DOI: 10.1510/icvts.2007.165712.

(编辑:张美)