



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2014.08.034
http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract4009.shtml

· 技术改进 ·

三孔腹腔镜阑尾切除术的方法改进：附 19 例报告

郑向欣, 管小青, 吴骥, 顾书成, 袁牧, 张旭旭, 邱兴

(南京鼓楼医院集团宿迁市人民医院 普通外科, 江苏 宿迁 223800)

摘要

目的: 探讨经耻骨联合上方及脐部三孔腹腔镜阑尾切除术的可行性与优点。

方法: 应用改进的三孔法, 实施腹腔镜阑尾切除术 19 例。于脐上缘穿刺 10 mm Trocar, 置入腹腔镜, 在其引导下, 于脐下缘穿刺 5 mm Trocar, 耻骨联合上方约 2 cm 处穿刺 10 mm Trocar, 分别置入相应器械, 然后行阑尾切除术。

结果: 19 例患者均顺利完成手术, 手术时间 30~65 min, 平均 40 min, 术中出血 5~30 mL, 平均 15 mL, 术后 6~8 h 患者下床活动, 12~24 h 恢复胃肠功能, 平均 15 h, 住院 3~5 d, 平均 4 d, 无切口感染, 出血等并发症出现, 切口隐蔽, 愈合良好, 所有患者痊愈出院。随访半年, 所有患者无切口感染等并发症出现, 切口美容效果好, 患者对手术效果及切口的满意度很高。

结论: 经耻骨联合上方及脐部三孔腹腔镜阑尾切除术是在常规三孔腹腔镜阑尾切除术基础上的改进, 切口更隐蔽, 美容效果好, 且不增加手术难度。 [中国普通外科杂志, 2014, 23(8):1156-1159]

关键词

阑尾炎 / 外科学; 阑尾切除术 / 方法; 腹腔镜; 耻骨联合

中图分类号: R656.8

自 1983 年德国医师 Semm^[1] 首次报道腹腔镜阑尾切除术 (laparoscopic appendectomy, LA) 以来, 因其具有创伤小、康复快、切口感染率低、住院时间短等优点^[2-4], 现已成为治疗急慢性阑尾

炎的常规手术。近年来临床医生在腹腔镜阑尾切除操作技术方面作了一些改进, 使其更能发挥微创优势, 取得了较好的临床效果^[5-9]。笔者在常规三孔 LA 基础上对其进行了改进, 调整操作孔位置, 使其更隐蔽, 术后美容效果好, 而且不影响手术疗效, 未增加手术费用。笔者应用此术式对 19 例患者实施 LA, 取得了较好的疗效, 现报道如下。

收稿日期: 2013-09-29; 修订日期: 2014-03-13。

作者简介: 郑向欣, 南京鼓楼医院集团宿迁市人民医院主治医师, 主要从事普通外科临床与科研方面的研究。

通信作者: 管小青, Email: guan_dr@163.com

急性胆囊炎或胆管炎患者不太适合行 LCBDE 手术, 因为即使勉强腹腔镜完成手术, 虽然患者的腹部切口小, 但长时间的全身麻醉、不清晰的局部解剖等, 都是增加手术后肺部感染、胆瘘、肠瘘等并发症因素。

参考文献

- [1] 陈斌, 秦仁义, 胡明彦, 等. 腹腔镜胆总管探查胆管一期缝合术 (附 35 例报告) [J]. 中国普通外科杂志, 2002, 11(10):581-583.
- [2] 欧阳斌, 刘衍民, 曾可伟, 等. 胆总管 I 期缝合在老年人腹腔镜胆总管探查术中的应用 [J]. 广东医学, 2008, 29(2):300-301.
- [3] 刘琰, 倪勇, 王成友, 等. 低压 CO₂ 气腹下老年患者行腹腔镜胆囊切除术对肺功能的影响 [J]. 中国普通外科杂志, 2005, 14(8):620-622.
- [4] 王晨, 陶文雅, 徐韦. 腹腔镜联合胆道镜与开腹手术治疗胆总管结石临床对比研究 [J]. 中国普通外科杂志, 2013, 22(2):230-232.

- [5] 刘双海, 汤晓东, 陈胜, 等. 腹腔镜胆道探查术胆管一期缝合与 T 管引流的疗效比较 [J]. 中华普外科手术学杂志: 电子版, 2012, 6(1):76-81.
- [6] 王贵阳, 李可为, 李甫, 等. 腹腔镜胆总管探查术后一期缝合与 T 管留置的疗效比较 [J]. 中国普通外科杂志, 2013, 22(2):140-144.
- [7] 郑国庆, 沈朝敏, 梁金荣. 腹腔镜胆总管切开取石治疗肝内外胆管结石 (附 24 例报告) [J]. 中国微创外科杂志, 2004, 4(3):197-198.

(本文编辑 姜晖)

本文引用格式: 刘立川, 张峻, 刘伟. 腹腔镜胆总管探查术治疗老年胆总管结石 [J]. 中国普通外科杂志, 2014, 23(8):1154-1156. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.08.033

Cite this article as: LIU LC, ZHANG J, LIU W. Laparoscopic common bile duct exploration for elderly patients with common bile duct stones [J]. Chin J Gen Surg, 2014, 23(8):1154-1156. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.08.033

1 手术方法

术前予以手术区备皮,将无菌橡胶手套剪掉4个手指,仅留大拇指,缝合切端做成标本袋(图1)。所有患者术前禁食6 h,排空膀胱。手术均采用气管插管全身麻醉,手术野常规消毒铺巾,于脐上缘作一1.0 cm弧形皮肤切口,建立CO₂气腹,压力维持在12~15 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa);穿刺10 mm Trocar,作为观察孔,置入腹腔镜,患者取头低脚高位,手术台向左倾斜15~20°,于耻骨联合上方约2 cm处,作一长约1.0 cm横形切口,置入10 mm Trocar,作为主操作孔,放入无损伤肠钳进行腹腔全面探查,再于脐下缘作一长约5 mm弧形切口,置入5 mm Trocar,作为辅助操作孔,分别置入相应器械,吸除脓液或腹腔渗液,于右下腹找到阑尾,分离周围粘连,用分离钳紧贴阑尾分离系膜,阑尾水肿较轻者,于阑尾根部系膜侧用钛夹或锁扣夹结扎阑尾系膜及血管,同法于阑尾根部双重结扎阑尾;阑尾及系膜水肿明显者,分段结扎切断系膜,应用套扎器于阑尾根部套扎2次,距结扎远端约0.5 cm剪断并电灼阑尾残端,不做荷包缝合;将阑尾放入自制标本袋内提至耻骨联合上方10 mm Trocar内,一并取出。探查腹腔无活动性出血,无肠管损伤后,将大网膜覆盖在阑尾残端表面,释放气腹,关闭切口(图2-3)。术中可以根据阑尾周围炎症渗出情况,决定是否放置引流管,若需要放置引流管者,引流管自耻骨联合上方10 mm Trocar引出。



图1 自制标本袋



图2 术中穿刺点的选择及相应器械

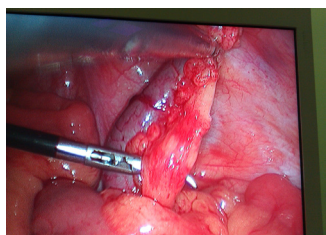


图3 术中阑尾系膜的分离



图4 术后腹部切口愈合情况

2 临床资料

2.1 一般资料

本组19例患者,男9例,女10例;年龄16~58岁,平均35岁。均无下腹部手术史。临床病理类型:急性单纯性阑尾炎3例,急性化脓性阑尾炎9例,急性坏疽性阑尾炎(头部)4例,慢性阑尾炎急性发作3例。急性发作时间6~72 h,平均24 h。临床表现:转移性右下腹痛或右下腹固定压痛,反跳痛,全腹未触及包块,伴有发热及恶心或呕吐症状。实验室检查:血常规提示白细胞及中性粒细胞增高,腹部彩超排除泌尿系统、子宫附件及阑尾周围脓肿及回盲部肿块等疾病,部分患者彩超提示盆腔积液或右下腹条索状包块。全组均无严重心肺疾患及凝血功能障碍。所有切除标本均经病理确诊。

2.2 结果

19例患者均顺利完成手术,无中转开腹者,手术时间30~65 min,平均40 min,术中出血5~30 mL,平均15 mL,术后6~8 h患者下床活动,12~24 h恢复胃肠功能,平均15 h,住院3~5 d,平均4 d。

住院期间无切口感染,出血等并发症,腹部切口隐蔽,愈合良好,所有患者痊愈出院。随访半年,所有患者恢复良好,无特殊不适,均无切口感染,粘连性肠梗阻,盆腔脓肿等并发症,切口美容效果好,患者对手术效果及切口的满意度很高(图4)。

3 讨论

阑尾炎是常见的急腹症之一,手术是其主要的治疗方式。以往对此类患者以开腹阑尾切除术为主,术后切口感染等并发症发生率偏高,而且对于有瘢痕体质的患者,术后切口疤痕形成,美容效果欠佳。近年来随着患者对疾病认识及生活质量的提高,微创手术在外科中的地位显得尤为突出。

目前对于阑尾炎患者,LA已成为此类患者的常用术式,特别适合肥胖、年轻女性及瘢痕体质患者,是开腹手术所不能达到的^[10-14]。

LA有三孔,双孔及单孔等术式^[7,15-17]。三孔术式操作相对简单,器械不易出现“筷子效应”,但切口数量较多,易察觉;经脐单孔术式切口少,较隐蔽,美容效果好,但操作空间相对较小,器械易出现“筷子效应”,手术难度相对较大。目前临

床中大部分医生还是采用常规三孔术式, 但该术式除了脐部切口外, 其他 2 个切口均易被察觉, 特别是对于有瘢痕体质患者, 切口疤痕较为明显, 美容效果欠佳。近年来随着 NOTES 及无疤痕理念的提出^[18], 临床医生对常规三孔术式予以改进, 通过减少切口数量, 外界辅助如悬吊等操作来完成手术, 获得了较好的效果。笔者曾通过悬吊辅助法实施 LA^[19], 美容效果较好, 疗效确切, 现已在临床中得到应用。但通过随访发现, 有一部分瘢痕体质的患者, 左下腹切口疤痕仍较明显。如何解决这一问题, 进而充分发挥腹腔镜的微创优势, 达到“无疤痕”手术? 针对这一问题, 笔者进一步改进手术方式, 将戳孔的位置定位在腹部隐蔽的脐部及耻骨联合上方阴毛区, 这样既具有三孔操作简单的优点, 又符合无疤痕理念, 术后美容效果好, 特别适合年轻女性, 肥胖及疤痕体质患者。

改进后的三孔 LA 仍然使用常规三孔手术的器械, 未增加其他器械, 如专用的三通套管, 可弯曲抓钳等^[20], 穿刺点均选取在脐部及阴毛区等隐蔽部位, 术后切口均不易被发现, 达到了经脐单孔术式的“无疤痕”优势, 美容效果好, 而且术中不易出现“筷子效应”, 手术难度较单孔明显降低。术中将主操作孔及辅助操作孔分别选择在耻骨联合上方及脐部, 自辅助操作孔置入无损伤肠钳将阑尾提起后, 阑尾及系膜自然显露, 系膜位于阑尾内侧, 自耻骨联合上方主操作孔入路切断结扎阑尾及其系膜, 此时分离钳与阑尾及系膜纵轴大致呈直角, 操作更容易, 更确切。阑尾切除后置入自制标本袋, 提至主操作孔 Trocar 内, 连同 Trocar 一并取出, 这样很少出现切口感染等并发症。整个手术过程中保护好会阴部, 特别是外生殖器, 避免医院获得性感染的发生。术中根据阑尾周围渗液情况决定是否放置引流, 需要放置引流时, 一般自主操作孔置入 16# 硅胶管, 不必再另戳孔, 操作方便, 而且主操作孔位置较低, 利于引流。但在实施该术式时, 应特别注意: (1) 2 个操作孔的穿刺均是在腹腔镜引导下进行; 主操作孔穿刺时, 应先排空膀胱, 然后将 10 mm Trocar 斜向右上方置入腹腔, 这样不仅不易损伤膀胱, 而且易于术中操作; 辅助操作孔的穿刺相对容易, 因气腹形成后, 腹腔内空间较大, 此时将腹腔镜后退, 与腹壁呈垂直状态, 然后在直视下实施穿刺, 以防 Trocar 损伤肠管。(2) 术者要熟练掌握腹腔镜技术, 而且能够双手并用。常规三孔手术时, 整个手术过程右手发挥主要作用; 而在该术式中, 术者右手持器械提起阑尾, 左手

持器械分离结扎切断阑尾及系膜, 以及腹腔探查等, 整个手术过程左手发挥主要作用。笔者实施的 19 例患者均顺利出院, 随访半年, 无切口感染等并发症发生, 切口隐蔽, 美容效果好。结合临床体会, 认为该术式操作难度低, 临床效果确切, 而且未增加其他器械, 也未增加额外手术费用, 患者满意度较高, 值得临床推广。

值得注意的是, 该术式与常规三孔术式一样, 有其适应证及禁忌证。临床中要合理掌握手术方式的选择, 不能一味追求微创手术。对于临床中遇到的如根部坏疽穿孔性阑尾炎等病情较重者或者阑尾恶性肿瘤患者, 应及时增加戳孔或中转开腹, 以便顺利完成手术, 避免并发症的发生, 这样才能显示出 LA 应有的应用价值。

参考文献

- [1] Semm K. Endoscopic appendectomy[J]. *Endoscopy*, 1983, 15(2):59-64.
- [2] Shaikh AR, Sangrasi AK, Shaikh GA. Clinical outcomes of laparoscopic versus open appendectomy[J]. *JLS*, 2009, 13(4):574-580.
- [3] Masoomi H, Mills S, Dolich MO, et al. Comparison of outcomes of laparoscopic versus open appendectomy in adults: data from the Nationwide Inpatient Sample (NIS), 2006-2008[J]. *J Gastrointest Surg*, 2011, 15(12):2226-2231.
- [4] Tiwari MM, Reynoso JF, Tsang AW, et al. Comparison of outcomes of laparoscopic and open appendectomy in management of uncomplicated and complicated appendicitis[J]. *Ann Surg*, 2011, 254(6):927-932.
- [5] 梁建静, 申淑霞, 钟进营, 等. 二孔法拖出式腹腔镜阑尾切除术(LA)36 例[J]. *河南外科学杂志*, 2011, 17(1):46-47.
- [6] 杨雪菲, 李明伟, 夏利刚, 等. 腹腔镜阑尾切除术方法改良[J]. *中国内镜杂志*, 2010, 16(8):794-796.
- [7] 刘从礼. 两孔法腹腔镜阑尾切除术 50 例报告[J]. *腹腔镜外科杂志*, 2012, 17(8):614-615.
- [8] 孙枫林, 鲍世韵, 余小舫. 悬吊辅助法经脐单孔腹腔镜阑尾切除术[J]. *腹腔镜外科杂志*, 2010, 15(7):505-508.
- [9] 金哲俊, 梁海超, 赵永庆, 等. 适于基层医院开展的改良腹腔镜阑尾切除术(附 390 例报告)[J]. *中国微创外科杂志*, 2012, 12(7):621-623.
- [10] 郑永波, 阎春雷, 马翔, 等. 腹腔镜阑尾切除术的临床优势[J]. *白求恩医学院学报*, 2012, 10(1):46-47.
- [11] 何欢, 张抒, 李云涛, 等. 腹腔镜与开腹阑尾切除术的系统评价[J]. *中国普外基础与临床杂志*, 2012, 19(5):538-543.
- [12] Markar SR, Venkat-Raman V, Ho A, et al. Laparoscopic versus open appendectomy in obese patients[J]. *Int J Surg*, 2011, 9(6):451-455.
- [13] Masoomi H, Nguyen NT, Dolich MO, et al. Comparison of laparoscopic versus open appendectomy for acute nonperforated and

- perforated appendicitis in the obese population[J]. *Am J Surg*, 2011, 202(6):733-738.
- [14] 黄涛, 丁燕东. 腹腔镜阑尾切除术在乡镇医院的应用 (附 78 例应用体会) [J]. *中国微创外科杂志*, 2013, 13(4):376.
- [15] 骆元国. 腹腔镜阑尾切除术 68 例体会 [J]. *微创医学*, 2012, 7(3):310-311.
- [16] 王健, 刘军, 陈德兴. 脐部单孔腹腔镜阑尾切除术 32 例 [J]. *中国微创外科杂志*, 2010, 10(2):184.
- [17] 陈生, 向军, 冯仲信, 等. 经脐单孔与常规腹腔镜阑尾切除手术的比较研究 [J]. *中国普通外科杂志*, 2012, 21(4):447-450.
- [18] Palanivelu C, Rajan PS, Rangarajan M, et al. Transvaginal endoscopic appendectomy in humans: a unique approach to NOTES--world's first report[J]. *Surg Endosc*, 2008, 22(5):1343-1347.
- [19] 郑向欣, 管小青, 吴骥, 等. 悬吊辅助法腹腔镜阑尾切除术 42 例 [J]. *世界华人消化杂志*, 2013, 21(12):1136-1139.
- [20] Zhu JF. Scarless endoscopic surgery: NOTES or TUES[J]. *Surg Endosc*, 2007, 21(10):1898-1899.

(本文编辑 姜晖)

本文引用格式: 郑向欣, 管小青, 吴骥, 等. 三孔腹腔镜阑尾切除术的方法改进: 附 19 例报告 [J]. *中国普通外科杂志*, 2014, 23(8): 1156-1159. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.08.034

Cite this article as: ZHENG XX, GUAN XQ, WU J, et al. Modified procedure for three-hole laparoscopic appendectomy: a report of 19 cases[J]. *Chin J Gen Surg*, 2014, 23(8):1156-1159. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.08.034



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2014.08.035
http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract4010.shtml

· 病案报告 ·

以腹股沟淋巴结转移为首表现表现的盆腔骨外黏液样软骨肉瘤 1 例

魏建国, 唐焱, 孙爱静

(浙江省绍兴市人民医院 / 浙江大学绍兴医院 病理科, 浙江 绍兴 312000)

关键词: 腹股沟淋巴结; 软骨瘤, 黏液样, 骨外; 盆腔; 肿瘤转移; 病理报告
中图分类号: R657.8

患者 男, 38 岁。因无意中发现右侧腹股沟肿块 6 个月, 加重 1 周, 于 2011 年 6 月 7 日就诊于绍兴市人民医院。患者 6 个月前无意中发现右侧腹股沟肿块如花生米大小, 无明显疼痛, 无局部红肿, 劳累后肿块加大, 休息后好转, 未引起重视, 近 1 周自觉右侧腹股沟肿块增大明显。既往体健, 无特殊疾病史。体格检查示: 右侧腹股沟区可触及一肿大的淋巴结, 边界清, 活动度可,

无压痛, 其余未见异常。B 超示: 右侧腹股沟见一低回声包块区, 范围约 2.4 cm × 1.8 cm, 其内可见血流信号, 考虑为肿大的淋巴结。患者于 6 月 13 日行右侧腹股沟肿物切除术并送病理检查, 大体检查示: 灰红色结节 1 枚, 大小 2.6 cm × 1.7 cm × 0.9 cm, 包膜完整, 切面灰白, 质地中等。HE 形态学特征: 淋巴结大部分结构破坏, 部分区域被黏液性肿瘤成分所取代 (图 1)。病理诊断: 淋巴结转移性黏液性肿瘤。为明确原发病灶, 重新追问病史及对患者进行全面的检查。CT 示: 右侧盆腔靠壁处见多个肿块病灶, 相互有融合, 大小约 6.3 cm × 4.0 cm, 膀胱右侧壁受压。肺部等其它脏器未见异常发现。患者于 6 月 17 日在全身麻醉下行盆腔肿物切除术并送病理检查, 大体检查示: 灰红破碎组织多块, 总体积 8.3 cm × 5.6 cm × 3.5 cm, 质软, 切面见出血, 鱼肉样。HE 形态学特征: 低倍

镜下, 纤维性间质将肿瘤分割成多结节状结构, 结节之间为大量的黏液样基质, 并见片状出血, 未见坏死 (图 2); 瘤细胞呈小簇状、条索状或纤细网状, 瘤细胞外为大量的黏液软骨样基质 (图 3-4); 局部富于瘤细胞的区域密集排列成实体状 (图 5); 高倍镜下, 瘤细胞形态单一, 呈圆形或短梭形, 体积小, 胞质中等, 显著的嗜酸性, 核呈圆形或卵圆形, 核仁不明显, 核分裂象罕见 (图 6)。免疫组化: vimentin (+)、NSE (灶 +); 其余 CK、EMA、S-100、CD34、Syn、Desmin 均 (-)。本例经复旦大学附属肿瘤医院病理科会诊, 病理诊断: (盆腔) 骨外黏液样软骨肉瘤 (extraskelatal myxoid chondrosarcoma, EMCS)。术后随访 13 个月发现肺部及纵隔多处转移病灶, 已属于晚期肿瘤, 无法行根治术, 给予局部放疗, 继续随访 11 个月, 患者一般情况良好。

基金项目: 浙江省医学扶植重点建设学科计划 (GJSX-010-004)。

收稿日期: 2013-06-25;

修订日期: 2013-12-11。

作者简介: 魏建国, 浙江省绍兴市人民医院 / 浙江大学绍兴医院住院医师, 主要从事普通外科肿瘤基础与临床诊断方面的研究。

通信作者: 孙爱静, Email: Sun_ajing@hotmail.co.jp

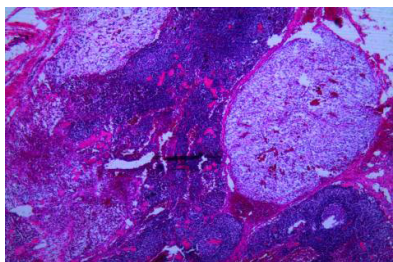


图 1 淋巴结部分区域被黏液性肿瘤成分所取代 (HE × 40)

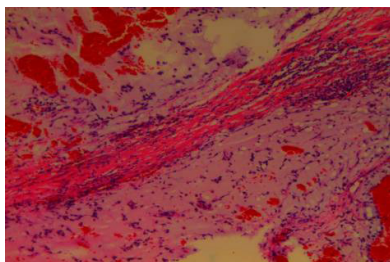


图 2 纤维性间质将肿瘤分割成多结节状结构, 结节间为大量的黏液样基质 (HE × 40)

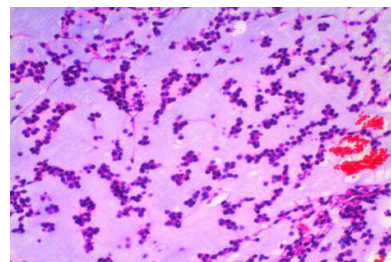


图 3 瘤细胞呈小簇状、条索状排列, 其外为大量黏液软骨样基质 (HE × 100)

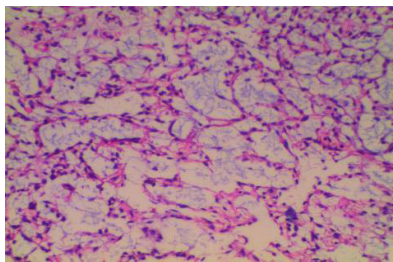


图 4 瘤细胞呈纤细网状排列, 其外为大量黏液软骨样基质 (HE × 100)

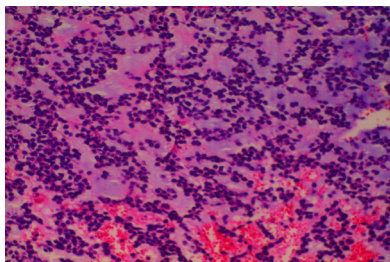


图 5 局部富于瘤细胞的区域密集排列成实体状 (HE × 100)

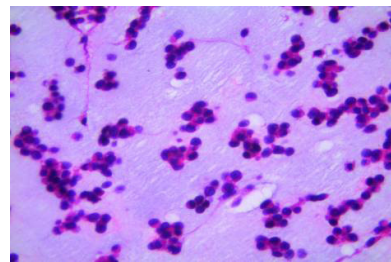


图 6 瘤细胞形态单一, 呈圆形或短梭形, 体积小, 胞质中等, 嗜酸性, 核仁不明显 (HE × 200)

讨论 EMCS 作为一种罕见的恶性软组织肿瘤, 2002 年版 WHO《软组织和骨肿瘤的病理学及遗传学》分类中, 将其归类为分化不能确定的肿瘤, 定义为软骨母细胞样细胞排列成簇状、索状或纤细网状等结构, 漂浮在含有丰富的黏液样基质中的恶性软组织肿瘤。多发生在中年成人近端肢体和肢带的深部软组织, 而发生于盆腔的 EMCS 国内仅有 2 例报告^[1], 而伴有淋巴结转移的 EMCS 在国内尚未见报道, 文献报道中, EMCS 好发于 35 岁以上的中老年人, 男女比例为 2:1。临床上多数患者以无痛性局部缓慢性生长的肿块为首表现, 病程可达数年以上, 缺乏特征性影像学表现。确诊主要依靠病理学、免疫组化及必要时行基因检查。研究^[2]表明 75% 的 EMCS 存在 t(9; 22)(q22; q12) 易位, 能够产生融合蛋白 EWS/ NR4A3, 后者可进一步通过 RT-PCR 方法检测出来; (9; 17)(q22; q11) 易位被认为是 EMCS 伴有神经内分泌分化的遗传学基础。本例患者为中年男性, 因发生部位极其罕见, 加之缺乏特征性临床表现, 且以腹股沟淋巴结转移为首表现, 在淋巴结活检中很难让病理医师想到

EMCS, 极易被误诊为其它黏液性肿瘤的转移。EMCS 虽然罕见, 但鉴于其独特的镜下形态学特征不难诊断, 主要与以下疾病做鉴别: (1) 脊索瘤。原发于骨内, 好发于骶尾骨、枕骨等中轴骨, 细胞形态多为空泡状呈典型的泪滴状, 同时表达 vimentin、CK 及 S-100; 而 EMCS 与骨组织无任何关系, 且多数不表达 CK 和 S-100。(2) 软组织混合瘤 / 肌上皮瘤 / 副脊索瘤。由不同比例的上皮和 (或) 肌上皮构成, 间质为软骨黏液样或发生玻璃样变, 尽管本类肿瘤形态多样, 但绝大多数可同时表达 vimentin、CK 及 S-100。(3) 软骨黏液样纤维瘤。好发于膝关节周的长骨、骨盆及肋骨, 肿瘤具有多结节分叶状结构中富含黏液及结节周边区细胞丰富等特点, 且细胞异型性比 EMCS 明显, 并可见灶性骨化、钙化及透明软骨化生。(4) 黏液型脂肪肉瘤。黏液背景中有大量的丛状薄壁血管, 并可见脂母细胞, 而 EMCS 缺少薄壁血管及脂母细胞, 电镜下瘤细胞胞质内无脂滴聚集。另外, 还需与其它富含黏液的肿瘤相互鉴别, 包括神经鞘瘤伴黏液样变性、上皮样恶性神经鞘膜瘤、软骨肉瘤、低度恶性纤维黏液样肉瘤等。

EMCS 由于临床病程较长、肿物生长也比较缓慢, 被认为是一种低度恶性的软组织肿瘤, 但最近的研究^[3]表明 EMCS 具有较高的局部复发和远处转移率, 故认为其是具有一定侵袭性的中度恶性肿瘤。EMCS 的预后与有无远处及淋巴结转移密切相关, 本例患者是以腹股沟淋巴结转移为首表现, 随后发现盆腔靠壁处多个融合性病灶。如果病理医师发现腹股沟淋巴结转移性黏液性肿瘤时, 应该想到 EMCS 转移的可能性。

参考文献

- [1] 任伟, 孔炜伟, 杨阳, 等. 原发性盆腔巨大骨外黏液样软骨肉瘤放疗效果 [J]. 现代肿瘤医学, 2012, 20(3):611-614.
- [2] Demicco EG, Wang WL, Madewell JE, et al. Osseous myxochondroid sarcoma: a detailed study of 5 cases of extraskeletal myxoid chondrosarcoma of the bone [J]. Am J Surg Pathol, 2013, 37(5):752-762.
- [3] Park JH, Kim MJ, Kim CJ, et al. Intracranial extraskeletal myxoid chondrosarcoma: case report and literature review [J]. J Korean Neurosurg Soc, 2012, 52(3):246-249.

(本文编辑 姜晖)