

欧洲泌尿外科学会年会（EAU）于3月15~19日在西班牙巴塞罗那召开。EAU年会作为欧洲地区规模最大，同时也是全世界范围内影响力较大的国际型泌尿外科专业学术年会之一。本次学术会议涵盖了泌尿外科临床及基础热点，超过15 000名医学专家参加会议。会议的主题：“技术发展、经验提高、理念更新”。中国泌尿领域专家在年会上口头报告和壁报若干。

泌尿系统肿瘤难点 西班牙论道

膀胱，切还是保？肌层浸润性膀胱癌治疗新热点

▲武汉同济医院泌尿外科 曾晓勇



临床中，大部分膀胱癌是局限于黏膜层的早期膀胱癌，但仍有约25%的膀胱癌患者就诊时出现肌层浸润，成为肌层浸润性膀胱癌（MIBC）。目前针对MIBC的治疗，各个指南均推荐根治性膀胱切除术（RC）作为标准治疗方案。此次会议对MIBC的治疗模式进行了热烈的讨论。

RC术后并发症发生率高

RC术后早期和晚期并发症的发生率高，1142例MSKCC中心的RC术后观察到64%的患者出现大于一个术后并发症。伴有多种并存疾病的老年患者发生率更高，不适合进行RC

手术。根据国家癌症数据库（NCDB）和美国监测、流行病学及预后数据库（SEER）估计仍有47%~51%的侵袭性膀胱癌患者并没有得到根治性的治疗。对于不适合RC治疗的MIBC患者，合理选择病例的情况下，保膀胱的综合治疗模式也为指南所推荐。

三联疗法受推崇

三联疗法（TMT）是目前诸多保膀胱手术中最为推崇的，包括最大范围的、安全的经尿道膀胱肿瘤切除术（TURBT），术后行放疗的综合治疗方案。

根据患者选择治疗方式

目前，尚无前瞻性随

机对照研究对RC和TMT两种MIBC治疗模式进行对比研究。

那么，RC或TMT如何筛选合适的患者？

美国波士顿的肿瘤放射科J. Efstathiou教授认为：强调TMT效果差于RC并不明智，这样会误导那些不适合RC的患者抵制TMT治疗模式，错失治疗机会。不过，在缺乏前瞻性随机对照研究的情况下，观察性研究可以为MIBC患者的临床决策提供有用的信息，但需要谨慎解读研究结果。

选择合适的TMT患者尤为重要。有研究提出，将MIBC患者分为最佳TMT患者和非最佳TMT患者，最佳TMT患者包括：cT2N0M0、完全TURBT、无肾盂积水、无原位癌、单一肿瘤。



关注
阅读原文
扫一扫

医源性直肠尿道瘘修复的成功之道

▲中山大学附属第六医院泌尿外科 邱剑光



医源性直肠尿道瘘（RUF）是一种较为罕见的获得性并发症，由于其手术修复失败率较高，如何提高手术修复成功率存在较多争议。

按流程修复 随访16年无并发症

美国杜克大学附属医院的研究者介绍了该中心2002~2017年诊治的15例由前列腺癌/直肠癌根治术导致的医源性RUF修复手术经验。所有RUF患者瘘管直径均<2 cm、均未接受过辅助性放疗。

其处理流程如下：系统评估——营养支持、高压氧等支持治疗3个月——留置导尿3周+肠道造口4周——York Mason瘘口修补——

术后2~3个月肠造口修复术——如出现尿失禁，6个月后人工尿道括约肌植入术。

结果表明，该研究纳入的15例患者均获得100%成功率，一期肠造口回复成功率100%；随访16年所有患者均无排尿及排便困难及失禁相关并发症。

联合股薄肌转移皮瓣 修复成功率达100%

荷兰Radboud大学肿瘤中心泌尿外科Maarten医师介绍了联合股薄肌转移皮瓣修复医源性RUF优势及经验。报道分析了该中心2008~2018年诊治的28例患者。

3例患者瘘口距肛缘<4 cm，15例患者>4 cm；瘘口直径<2 cm患者6例，>2 cm患者4例。28例患者中有10例

（35.7%）术后曾行放射治疗，7例为I期York Mason修复失败病例。

所有患者均在术前接受系统评估、营养支持、抗生素预防及肠造口预处理。4例患者曾行放射治疗患者及2例一期修复手术失败患者接受了股薄肌转移皮瓣修复，其余病例施行常规York Mason术式。

结果表明，15例（54%）患者肠造口回纳成功。存在放疗史及一期修复失败病例手术总体成功率为75%（修复次数最多为3次）。

对无放射治疗患者采用股薄肌转移皮瓣手术修复患者一期成功率为100%，而常规修复手术成功率仅为29%，提示股薄肌皮瓣转移对于复杂及二次手术患者的成功率优于常规York Mason术式。随访7~59个月（中位随访24个月）所有患者无排尿及排便相关并发症。



扫一扫
关注阅读原文

专家总结

RC还是TMT？

新辅助化疗后RC加淋巴结清扫手术仍然是年轻患者MIBC的标准治疗方案，原位新膀胱作为推荐，如果条件允许可选择保留前列腺和精囊的RC

保膀胱的综合治疗（TMT作为推荐）用于不适合RC的患者

在密切随访的情况下，主动监测可用于最大化TURBT术后T0的患者

基于MRI膀胱癌VI-RADS评分可用于膀胱癌术前分期和MIBC术后重新分期，但需要进一步评价。

点评

TMT治疗模式仍然存在许多需要研究之处，如新辅助化疗在TMT中应用是否会提高目前TMT方案的生存率；靶向治疗时代，TMT治疗模式中加入免疫靶向位点抑制剂对预后的影响；是否存在预测治疗后反应率的分子标志物，为TMT方案的病例选择提供依据等，未来还有许多工作需要做。

RC和TMT并不是竞争关系，而是MIBC治疗模式上的互补关系。在尊重患者选择的情况下，在不适合RC的患者中选择合适患者（最佳TMT患者）进行TMT综合治疗也是不错的选择。此外，TMT后需密切随访，必要时进行挽救性RC，期望通过患者个体化治疗改善目前MIBC人群总体生存。

点评

医源性（获得性）RUF是临床罕见但严重影响患者生活质量的泌尿系—消化系并发症，最常见于前列腺癌/直肠癌根治术后，还有报道重复前列腺穿刺、痔切除环术后、Fournier坏疽及Crohn病亦可合并本并发症。RP术后合并RUF发生率约为0.53%，但RP术后合并近距离放疗/消融治疗等相关RUF发生率为0.6%~3%。

保留肛门的直肠癌根治术后发生RUF发生率可达10%。RUF的诊断主要依靠尿道镜联合肛门镜检查。尿道联合肛管逆行造影可了解瘘口周围解剖情况，可作为疑难病例重要的鉴别诊断手段。施行修复术前，排尿及肛门括约肌功能评估尤需重视。

手术修复RUF是最常见的治疗手段。由于RUF疾病本身的特性，RUF手术修复成功率不甚理想。目前临床RUF修复手术方式有York Mason修复术（1969）、Lydson修复术（1904）、经腹RUF修复术及经肛门瘘口修复术，其中应用最广泛的手术当属York Mason修复手术，但一期手术成功率较低。因此目前对于RUF修复手术方式选择，术前是否先期尿流/粪改道、股薄肌皮瓣、推移皮瓣、联合皮瓣修复的价值等仍存在较多争议及缺乏充足的证据。

笔者所在的中山大学附属第六医院泌尿外科近年来已探索联合肛肠外科应用复合皮瓣修复复杂II~IV级RUF，积累了一定手术经验。假以时日如能开展多中心、多学科前瞻性大样本RUF治疗临床研究，将会为临床RUF手术治疗提供更多的标准流程及证据。