

(上接 B6 版)

保留精囊的膀胱切除术前景广阔

▲ 中国医学科学院肿瘤医院 尹路



德国 Richard E. Hautmann 教授

德国吕登沙伊德医院泌尿外科主任 Richard E. Hautmann 教授指出,为改善新膀胱术后的尿控功能,泌尿外科医师发展出了一系列保留神经的根治性膀胱切除术,包括保留自主神经、保留性功能以及保留前列腺的膀胱切除术等。近年来, Puppo、Studer、Hautmann 等提出了保留精囊的膀胱及前列腺切除术。

Hautmann 教授认为,该技术能够克服不完全切除前列腺带来的不足,同时保留了壶腹上膀胱切除+筋膜内前列腺切除的优势,因此能够改善尿流改道后的功能结局,进而提高患者对原位新膀胱技术的接受度。

2017年发表的一篇综述证明,与标准的膀胱切除术相比,保留精囊的膀胱切除术后患者具有更

好的性功能,同时两者的肿瘤学结局没有显著差异。保留精囊的根治性膀胱切除术的适应证为:膀胱顶壁或前壁肿瘤以及良性疾病导致的膀胱功能障碍。禁忌证包括肿瘤位于三角区或输出道等。他强调,未来的根治性膀胱切除术应当遵循个体化原则,在做到最大化控制局部肿瘤的前提下,尽可能减小手术带来的不良影响。



英国 Christopher R. Chapple 教授

尿道手术未来的探索

关于常用于治疗尿道狭窄的手术方式,欧洲泌尿外科学会秘书长、英国谢菲尔德哈勒姆大学泌尿外科 Christopher R. Chapple 教授介绍,对于后尿道疾病,特别是骨盆骨折所致的尿道断裂,一般选择直接吻合的尿道成形术进行治疗;对于前尿道疾病,可选择尿道切开及尿道成形术进行治疗。研究证实,尿道切开与尿道扩张在治疗效果方面没有显著差异,同时,狭窄长度是影响术后再狭窄率的主要因素。此外,一般不建议进行重复切开。应用激光切开尿道和使用冷刀起开尿道两者间无差异。

Chapple 教授指出,目前的证据提示,长期留置支架不能用于治疗输尿管狭窄,其具有较高的再狭窄风险且难以移除。此外,对于尿道海绵体部狭窄的患者也应当避免使用支架,因为这会引起患者的显著不适。对于尿道球部狭窄患者,可以在尿道切开后留置临时支架,以延长至再狭窄的时间。



加拿大 John D. Denstedt 教授

加拿大西安大略省韦仕敦大学医学院 John D. Denstedt 教授指出,目前治疗肾结石的两种方式——输尿管软镜(RIRS)和微型经皮肾镜碎石

术(PCNL)之间的竞争发生了戏剧性的逆转。过去一般认为,对于直径<2cm的结石,选择输尿管镜进行处理,而对于直径>2cm的结石,应用经皮肾镜进行治疗。然而目前的趋势是,输尿管镜在直径>2cm结石中的应用逐渐增加,同时经皮手术(特别是微型经皮肾镜)在直径<2cm结石中的应用也逐渐增加。Denstedt 教授认为这一变化的主要动力来自于使用输尿管镜的增加。来自加拿大的一项数据显示,1990年至2010年,体外冲击波碎石占比

持续下降,而输尿管镜占比逐年上升;经皮手术占比则基本稳定在10%左右。

他提出,输尿管镜的主要不足之处在于术后残留结石较多,数据显示,约1/3的患者可能出现结石残留需要进一步处理。此外,影响经皮肾镜应用的主要原因在于患者可能担心其可能导致的出血、穿孔、尿瘘等风险。减低这些并发症的风险的关键在于缩小穿刺通道,这也是近年来经皮肾镜的主要发展方向。

Denstedt 教授指出,微型

PCNL的适应证包括上极结石、肾盏憩室结石、患者应用抗凝或抗血小板药物、儿童以及复杂位置的结石等。目前已有研究结果提示,微型PCNL具有良好的治疗效果,同时并发症发生率极低,因此具有良好的应用价值,但未来仍需前瞻性随机临床试验以进一步验证。Denstedt 教授强调,并非所有情况都应当使用微型经皮肾镜进行治疗。有研究显示,对于结石直径>2.5cm的患者,可能仍需要常规经皮肾镜进行治疗。

《医师报》为大会制作特刊广受欢迎



精彩花絮

