

# 2020 版 EAU 前列腺癌指南更新解读之三

## ——根治性前列腺切除术及围手术期处理新进展

鲍一歌 曾浩

四川大学华西医院泌尿外科 泌尿外科研究所, 成都 610041

通信作者: 曾浩, Email: kucaizeng@163.com

**【摘要】** 2020 年欧洲泌尿外科学会(EAU)前列腺癌指南在手术这一章节进行了大幅更新, 新增了大量内容。推荐意见上“开放、腹腔镜和机器人手术整体效果没有明显差异”和“当怀疑肿瘤存在包膜外侵犯时不应行同侧保留性神经手术”两点推荐等级调整为“弱”。同时介绍了大量手术技术的改进, 外科医生可根据自己的习惯选用以达到最佳手术效果。

**【关键词】** 前列腺肿瘤; 前列腺癌; 根治性前列腺切除术; 尿失禁; 手术切缘; 指南更新

DOI:10.3760/cma.j.cn112330-20200525-00007

### The update interpretation of 2020 EAU prostate cancer guideline (Part III) —— radical prostatectomy and perioperative management

Bao Yige, Zeng Hao

Department of Urology, Institute of Urology, West China Hospital, Sichuan University, Chengdu 610041, China

Corresponding author: Zeng Hao, Email: kucaizeng@163.com

**【Abstract】** The Chapter “Radical prostatectomy” has been completely update in the 2020 EAU prostate cancer guideline. Recommendation level of “No surgical approach has shown superiority in terms of functional or oncological results” and “Nerve-sparing surgery is not recommended when there is a risk of ipsilateral extracapsular extension” has been adjusted to “weak”. Various surgical techniques could further improve functional outcomes when performed appropriately based on the updated guideline.

**【Key words】** Prostatic neoplasms; Prostate cancer; Radical prostatectomy; Incontinence; Surgical margin; Update of guideline

DOI:10.3760/cma.j.cn112330-20200525-00007

3 月底, 欧洲泌尿外科学会 (European Association of Urology, EAU) 更新了 2020 年度的前列腺癌诊疗指南。本次更新延续了该指南一贯的严谨、全面、细致的风格, 内容从诊断评估开始, 涵盖了局部治疗、系统性全身治疗、随访、生活质量评估等各方面内容。外科手术一直是局限性和局部进展性前列腺癌治疗的重要组成部分, 本次更新对于手术治疗部分进行了大幅更新, 增加了相当篇幅内容的介绍。本文将对 2020 年版 EAU 指南的前列腺癌手术治疗相关的更新进行介绍。

#### 一、指南推荐: 稳中有变

相对于其他章节, 本部分内容在指南推荐要点上改变不大。在开放、腹腔镜和机器人手术疗效的比较方面, 虽然最高等级证据仍然是 Yaxley 等的 III 期随机对照试验, 结果显示开放手术和机器人手术

的瘤控和功能学指标无明显差异, 但近年来多项小型临床研究和基于非随机对照研究 (randomized controlled trial, RCT) 的系统评价提示机器人手术的围手术期并发症发生率、切缘阳性风险和功能学指标较腹腔镜手术存在优势, 而腹腔镜/机器人手术的住院时间和输血率优于开放手术。因此, EAU 指南总体维持了“3 种手术方式无明显优劣差异”的推荐, 但将推荐等级改为“弱”。

基于保留性神经的手术方式并非切缘阳性的独立风险因素的临床证据, 指南将“当怀疑肿瘤存在包膜外侵犯时不应行同侧保留性神经手术”的推荐等级同样由“强”调整为“弱”。

#### 二、手术技术更新: 百花齐放

虽然在推荐要点上和去年改变不大, 但本年度 EAU 指南在手术技术的细节内容上做了大幅度更

新,详细描述了多种手术技术,供泌尿外科医生参考。

1. 保证瘤控的手术技术更新:本次指南在盆腔淋巴结清扫(pelvic lymph node dissection, PLND)的部分更新幅度不大,仍然以“强”等级推荐“PLND 应包括‘扩大清扫’范围”。但额外详细介绍了前哨淋巴结活检(sentinel node biopsy, SNB)和前列腺前方脂肪垫(prostatic anterior fat pad, PAFP)的活检价值。在示踪剂显示下行 SNB 结合 PLND 能够较常规 PLND 检出更多阳性淋巴结。不过,目前尚缺乏大规模临床试验作为对 SNB 技术的外部验证,因此 SNB 目前仍只能作为淋巴结分期诊断的一种试验性技术。PAFP 是覆盖在前列腺前方盆内筋膜浅面的脂肪组织,多项大规模临床研究结果均显示,中、高风险前列腺癌患者 PAFP 受到肿瘤侵犯的可能性为 5%~10%,不切除 PAFP 存在肿瘤转移的风险。因此推荐每台根治性前列腺切除术(radical prostatectomy, RP)均应切取 PAFP 并常规送检病理。此外,在阴茎背深静脉复合体(dorsal vascular complex, DVC)处理方面,不预先缝扎 DVC 的手术方式开始受到关注。有学者指出,该技术可能降低尖部切缘阳性风险,且能提高早期尿控恢复率。而在精囊的处理方面,保留精囊手术在平衡瘤控和保护勃起功能方面的临床价值尚需进一步研究结果证实。

2. 保证功能恢复的手术技术更新:保留性神经的手术技术早已被 EAU 指南引用,但今年的指南特别增加了篇幅,强调了保留神经手术在改善术后勃

起功能和术后尿控早期恢复方面的积极意义。保留性神经的手术可在筋膜外、筋膜间以及筋膜内等不同手术层面完成,但应警惕切缘阳性风险。

神经血管束(neurovascular bundle, NVB)的处理技术也进一步演化出自尖部开始逆向剥离 NVB 的技术、无能量纯冷刀的解剖技术以及无牵张力的 NVB 分离技术,以进一步减少 NVB 的损伤。在膀胱颈的处理上,近年的观点认为膀胱颈保留技术和术后尿控恢复相关,尤其是术后 1 年内的早期尿控恢复。不过,EAU 指南同时表示出对于切缘阳性风险的顾虑,并且特别写明,当肿瘤病灶远离前列腺基底部时,可以考虑膀胱颈保留手术。但如果肿瘤病灶距离基底部近、病灶位于中叶且突入膀胱或为电切术后的 RP,不应采用膀胱颈保留技术。

术前 MRI 评估膜部尿道长度能够有效预测术后尿控早期恢复率,同时术中尽量保留功能尿道的长度也有助于术后早期尿控恢复。与保留尿道外括约肌直接决定术后尿控恢复状况不同,术中前重建与后重建技术对尿控恢复的促进作用尚有待更大规模的临床研究结果证实。因此,本次指南虽然增加了上述内容的详细描述但并未对如何选择重建技术做出确切推荐。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

(收稿日期:2020-05-25)

(本文编辑:霍红梅)

## 专家点评

本部分 EAU 指南更新在推荐内容上更新不大,将“开放、腹腔镜和机器人手术疗效无明显差异”和“当怀疑肿瘤存在包膜外侵犯时不应行同侧保留性神经手术”的推荐等级调整为“弱”,提示虽然机器人手术是前列腺癌外科手术的必然趋势,但至少目前临床医生仍然需要重视不同手术方式在不同人群中的合理化选择,并在术中通过技术的优化,转化为瘤控和功能保护之间的最佳平衡。手术结局不仅依赖于先进的技术/设备,更依赖于外科医生对技术的掌握和灵活应用。

本次指南更新内容详细介绍了多种手术技术更新,但没有做非常细致和明确的推荐。这固然有目前证据等级相对较低的因素,另一方面也体现出 EAU 指南对于“只有外科医生最习惯、最有经验的手术技术才会产生最好的结局指标”这一观点的认可,体现出了 EAU 指南在对循证证据的常规推崇之外,更展现出了对于患者生活质量的重视和对外科医生的经验技术多样化的尊重。

(曾浩)