

腹腔镜前列腺癌根治术治疗高危前列腺癌患者的临床疗效及安全性分析

张志华, 王新平, 郭文平, 郭柏鸿

甘肃省人民医院泌尿外科, 甘肃 兰州 730050

摘要: **目的** 通过比较不同危险程度前列腺癌患者的治疗效果,分析腹腔镜前列腺癌根治术治疗高危前列腺癌患者的临床疗效及安全性。**方法** 选取 2008 年 1 月至 2011 年 1 月进行前列腺癌根治术的患者 85 例,分为低、中、高危 3 组,对患者进行根治术并术后随访,比较 3 组患者的并发症及术后恢复情况。**结果** 3 组患者术中并发症(包括大出血及直肠损伤)发生率及出血量差异无统计学意义(P 均 >0.05);3 组患者术后并发症(包括切口感染、盆腔血肿、尿路感染、尿性腹水)发生率差异均无统计学意义(P 均 >0.05);低、中、高危 3 组患者切缘阳性率分别为 5.6%、15.0% 和 33.3%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。术后 5 年,低、中、高危 3 组完全控尿率分别为 88.9%、78.4%、65.2%,差异有统计学意义($P < 0.05$);低、中、高危 3 组患者的性功能恢复率分别为 66.7%、45.0%、33.3%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 高危前列腺癌患者实施根治术的疗效虽不如低、中危患者,但其仍可达到较好的疗效,且安全性较好。

关键词: 前列腺癌, 高危; 前列腺癌根治术; 腹腔镜; 安全性

中图分类号: R 737.25 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2017)08-1095-03

前列腺癌是指发生在前列腺的上皮性恶性肿瘤。前列腺癌病理类型包括腺癌(腺泡腺癌)、导管腺癌、尿路上皮癌、鳞状细胞癌、腺鳞癌,其中前列腺腺癌占 95% 以上,因此,通常我们所说的前列腺癌就是指前列腺腺癌^[1]。前列腺癌患者早期无明显症状,伴随肿瘤的进展,前列腺癌主要引起两大类症状:(1)压迫症状,前列腺腺体随着肿瘤的发展逐渐增大,增大的肿瘤压迫尿道可引起进行性的排尿困难,主要表现为尿线细、射程短、排尿不尽、排尿费力等,此外,还会伴有尿频、尿急甚至尿失禁。(2)转移症状,前列腺癌的转移可侵及膀胱、精囊、血管神经束,引起血尿、血精和阳痿,也可能侵及骨髓引起贫血或全血象降低^[2]。前列腺癌的发生与遗传因素相关,家族中无患前列腺癌者患病的相对危险度为 1,绝对危险度为 8,而家族中有前列腺癌者的患病的相对危险度为 5,绝对危险度为 35~45^[3]。当前,对于早期前列腺癌患者主要采取腹腔镜前列腺癌根治术治疗^[4]。为了选择合适的治疗方法,提高治疗效果,及时准确的评估前列腺癌的恶性程度极其重要。目前国际上有关高危前列腺癌的定义尚未达成共识。D'Amico 等^[5]于 1998 年将高危前列腺癌定义为 Gleason 评分 ≥ 8 分、前列腺特异性抗原(PSA) >20 ng/ml 或临床分期 $\geq T2c$ 期;美国泌尿外科学会(AUA)于 2007 年将

这一定义写进诊疗指南^[6]。相关研究显示,低、中危前列腺癌患者经根治术治疗后疗效和预后较理想,5 年生存率较高,而高危前列腺癌患者手术效果仍存在争议,应谨慎采取根治术治疗^[7-8]。本研究旨在通过比较不同危险程度前列腺癌患者的临床疗效,分析腹腔镜前列腺癌根治术治疗高危前列腺癌患者的临床疗效及安全性。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2008 年 1 月至 2011 年 1 月在我院进行腹腔镜前列腺癌根治术的患者共 85 例,年龄 45~76(65.3 \pm 12.6)岁。根据 D'Amico 的分级方法^[5],低危:Gleason 评分 <6 分,PSA <10 ng/ml,临床分期为 T1c、T2a;中危:Gleason 评分为 7 分,PSA 为 10~20 ng/ml,临床分期为 T2b;高危:Gleason 评分 ≥ 8 分,PSA >20 ng/ml,临床分期 $\geq T2c$ 。其中低危组 18 例,年龄(66.2 \pm 10.2)岁;中危组 40 例,年龄(66.9 \pm 9.6)岁;高危组 27 例,年龄(67.2 \pm 10.6)岁。3 组患者术前 Gleason 评分为(6.9 \pm 1.8)分、(7.8 \pm 1.6)分和(9.1 \pm 2.0)分,PSA 水平为(8.6 \pm 1.9)ng/ml、(10.3 \pm 2.8)ng/ml 和(25.3 \pm 3.2)ng/ml。85 例患者经穿刺活检确诊为前列腺癌,分期为 T1~T3 期,术前通过 CT、MRI、扫描等确认患者均无远处淋巴结转移。3 组患者术前一般资料比较见表 1。

表 1 3 组患者术前一般资料比较 ($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	年龄(岁)	临床分期[例(%)]			Gleason 评分	PSA (ng/ml)
			T1	T2	T3		
低危	18	66.2 ± 10.2	12(66.7)	6(33.3)	0	6.9 ± 1.8	8.6 ± 1.9
中危	40	66.9 ± 9.6	21(52.5)	19(47.5)	0	7.8 ± 1.6	10.3 ± 2.8
高危	27	67.2 ± 10.6	9(33.3)	16(59.3)	2(7.4)	9.1 ± 2.0	25.3 ± 3.2
P 值		>0.05		>0.05		<0.01	<0.01

1.2 研究方法 对 85 例患者采用统一的标准收集术前临床资料(包括年龄、Gleason 评分、PSA 水平等)。比较 3 组患者术中出血量及并发症、术后并发症、术后生活质量恢复情况(包括完全控尿能力、性功能的恢复)。

1.3 随访方法 采用电话和上门等方式对患者进行随访,治疗后第 1、2 年每 3 个月随访 1 次,第 3~5 年每 6 个月随访 1 次,共随访 5 年。随访的内容包括与前列腺癌相关的临床症状及并发症、血清 PSA 水平、直肠指诊等。随访开始时间为前列腺根治术的手术时间,终止时间为生化复发时间(血清 PSA 水平连续 2 次测量均 ≥ 0.2 ng/ml 为生化复发)。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 19.0 软件进行统计学分析。计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用方差分析;计数资料采用 χ^2 检验,有序资料比较采用 Mann-Whitney U 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 低、中、高危 3 组患者并发症情况比较 低、中、高危 3 组患者术中并发症(包括大出血及直肠损伤)发生率及术中出血量差异均无统计学意义(P 均 > 0.05);3 组患者术后并发症(包括切口感染、盆腔血肿、尿路感染、尿性腹水)发生率差异均无统计学意义(P 均 > 0.05);低、中、高危 3 组患者切缘阳性例数分别为 1 例(5.6%)、6 例(15.0%)和 9 例(33.3%),3 组患者切缘阳性率差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.2 低、中、高危 3 组患者术后疗效比较 低、中、高危 3 组患者术后拔除尿管后及术后 2 年完全控尿差异无统计学意义(P 均 > 0.05);术后 5 年完全控尿率分别为 88.9%、90.0%、66.7%,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。性功能恢复情况方面,3 组患者的恢复率分别为 66.7%、45.0%、33.3%,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

3 讨论

根据 2012 年的统计,我国的前列腺癌发病率约 9.92/10 万,在男性恶性肿瘤发病率中排第 6 位,并且呈逐年上升趋势^[9]。前列腺癌发病率在 55 岁之前

表 2 低、中、高危 3 组患者并发症情况比较 例(%)

项目	低危组 (n=18)	中危组 (n=40)	高危组 (n=27)	χ^2/F 值	P 值
术中并发症					
术中大出血	1(5.6)	3(7.5)	4(14.8)	1.40	0.49
直肠损伤	0	1(2.5)	2(7.4)	1.98	0.37
术后并发症					
切口感染	1(5.6)	3(7.5)	5(18.5)	2.68	0.26
盆腔血肿	1(5.6)	4(10.0)	3(11.1)	0.42	0.81
尿路感染	2(11.1)	6(15.0)	5(18.5)	0.46	0.79
尿性腹水	0	0	1(3.7)	2.09	0.35
切缘阳性	1(5.6)	6(15.0)	9(33.3)	6.18	0.04
术中出血量 (ml, $\bar{x} \pm s$)	206.2 ± 29.3	212.5 ± 31.2	216.6 ± 32.2	0.60	0.55

表 3 低、中、高危 3 组患者术后疗效比较 例(%)

项目	低危组 (n=18)	中危组 (n=40)	高危组 (n=27)	χ^2/F 值	P 值
性功能恢复	12(66.7)	18(45.0)	9(33.3)	7.76	0.02
完全控尿					
拔出尿管后	11(61.1)	25(62.5)	15(55.5)	0.34	0.85
术后第 2 年	15(83.3)	32(80.0)	18(66.7)	2.19	0.33
术后第 5 年	16(88.9)	36(90.0)	18(66.7)	7.10	0.03

较低,但随着年龄的增长而逐渐上升,发病高峰年龄集中在 70~80 岁,同时家族遗传因素影响前列腺癌患者的发病年龄,年龄 ≤ 55 岁的患者占 43% 左右^[10]。前列腺癌主要通过直肠指诊、血清 PSA、经直肠前列腺超声和盆腔 MRI 检查进行诊断,经穿刺活检进行确诊^[11]。近年来,随着体检的普及以及 PSA 检测水平的提高,越来越多前列腺癌患者在疾病早期被确诊,大部分低危患者经前列腺癌根治术治疗获得较好的疗效。相关研究表明,前列腺癌根治术对低、中危患者效果较好,但对高危患者疗效相对较差^[12-13]。本研究经过比较不同危险程度的前列腺癌患者的治疗效果,分析腹腔镜前列腺癌根治术治疗高危前列腺癌患者的临床疗效及安全性。

回顾性地对 85 例前列腺癌患者的临床资料进行分析,结果显示,低、中、高危 3 组患者术中并发症(包括大出血及直肠损伤)发生率及出血量差异均无统计学意义,3 组患者术后并发症(包括切口感染、盆腔血肿、尿路感染、尿性腹水)发生率差异也无统计学意义,可以认为,高危前列腺癌患者实施前列腺癌根治术具有较好的安全性。术后切缘状况能比较有效的评价前列腺癌根治术的临床效果和预测术后复

发风险,一般来说,前列腺癌根治术标本切缘为阳性可表示肿瘤可能切除不完全,增大了复发和转移的风险^[14],本研究低、中、高危 3 组患者切缘阳性例数分别为 1 例(5.6%)、6 例(15.0%)和 9 例(33.3%),差异有统计学意义。因此,根治性治疗高危前列腺癌患者应改进技术,降低术后切缘阳性率^[15]。

评价前列腺癌患者的治疗效果通常用到术后尿控能力和性功能的恢复情况等指标^[16]。控尿功能主要受控制排尿的相关神经和肌肉的影响,而前列腺癌根治术容易对其造成损伤^[17];性功能的恢复情况则受患者的年龄和术前性功能状况等因素的影响,同时,前列腺癌根治术容易对阴茎海绵体神经造成损伤导致阴茎勃起功能障碍^[18-19]。本研究低、中、高危 3 组患者术后 5 年完全控尿率分别为 88.9%、90.0%、66.7%,差异有统计学意义;性功能恢复情况方面,3 组患者的恢复率分别为 66.7%、45.0%、33.3%,差异具有统计学意义,高危组的完全控尿率和性功能恢复率均低于中低危组。表明前列腺癌根治术虽具有一定疗效,但相对低、中危组较差。

总的来说,尽管腹腔镜前列腺癌根治术治疗高危前列腺癌患者其治疗效果低于中危患者,但其具有较好的安全性,在目前缺乏更好的治疗方法的情况下,对高危患者实施前列腺癌根治术能够达到较好疗效,延长患者寿命,提高患者的生存质量。

参考文献

[1] Xia C, Kahn C, Wang J, et al. Temporal trends in geographical variation in breast cancer mortality in china, 1973-2005: an analysis of nationwide surveys on cause of death[J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2016, 13(10):963.

[2] 谭多敏. 前列腺癌早期症状极易被混淆[J]. *中华养生保健*, 2016(1):49-50.

[3] 吴凌云, 周永明, 徐丽娟, 等. 老年前列腺癌患者营养评价和影响因素的研究[J]. *中华老年医学杂志*, 2015, 34(3):297-300.

[4] 刘路浩, 张涛, 何书华, 等. 经腹腔与经腹膜外途径腹腔镜前列腺癌根治术疗效比较的 Meta 分析[J]. *中华男科学杂志*, 2013, 19(11):1020-1026.

[5] D'Amico AV, Whittington R, Malkowicz SB, et al. Biochemical outcome after radical prostatectomy, external beam radiation therapy, or interstitial radiation therapy for clinically localized prostate cancer [J]. *JAMA*, 1998, 280(11):969-974.

[6] Thompson I, Thrasher JB, Aus G, et al. Guideline for the management of clinically localized prostate cancer; 2007 update [J]. *J Urol*, 2007, 177(6):2106-2131.

[7] 虞力航, 徐刚. 前列腺癌患者血清前列腺特异抗原水平与 Gleason 评分相关性分析[J]. *中华全科医学*, 2016, 14(5):771-773.

[8] 谢立平, 王潇. 高危前列腺癌的治疗[J]. *中华泌尿外科杂志*, 2012, 33(5):325-328.

[9] 戴波, 常坤, 瞿元元, 等. 腹腔镜外腹腔镜下前列腺癌根治术 106 例报告[J]. *现代泌尿外科杂志*, 2014, 19(9):589-593.

[10] 韩苏军, 张思维, 陈万青, 等. 中国前列腺癌发病现状和流行趋势分析[J]. *临床肿瘤学杂志*, 2013, 18(4):330-334.

[11] 宋健. 前列腺癌的诊断[J]. *中国医刊*, 2010, 45(10):13-16.

[12] 邵鹏飞, 殷长军, 李杰, 等. 腹腔镜下前列腺癌根治术治疗高危前列腺癌的临床效果分析[J]. *中华外科杂志*, 2015, 53(11):847-851.

[13] 罗勇, 韦能宝, 赵佳晖, 等. 局限高危前列腺癌患者接受全雄激素阻断联合近距离治疗后的 PSA 变化模式与其生存预后的临床关联分析[J]. *中华男科学杂志*, 2014, 20(3):229-233.

[14] Epstein JI, Egevad L, Amin MB, et al. The 2014 International Society of Urological Pathology (ISUP) Consensus Conference on Gleason Grading of Prostatic Carcinoma: definition of grading patterns and proposal for a new grading system [J]. *Am J Surg Pathol*, 2016, 40(2):244-252.

[15] 江上军, 汪朔. 腹腔镜与开放前列腺癌根治术的疗效对比分析[J]. *中国内镜杂志*, 2014, 20(2):133-136.

[16] 刘伟华, 金晓东, 周亮, 等. 前列腺癌根治术对高危前列腺癌患者的临床疗效[J]. *中华全科医学*, 2015, 13(4):568-570, 604.

[17] 刘欣健, 文建国, 王庆伟, 等. 根治性前列腺切除术中保留膀胱颈对术后控尿功能恢复影响的 Meta 分析[J]. *中华泌尿外科杂志*, 2016, 37(3):174-178.

[18] 周小波, 叶志弘, 郭丹红, 等. 手术去势与药物去势对前列腺癌患者心理及生活质量影响的比较[J]. *全科医学临床与教育*, 2015, 13(6):611-615.

[19] 王佳佳, 王磊, 赵后锋. 萨提亚家庭治疗用于前列腺癌术后性功能障碍[J]. *现代中西医结合杂志*, 2010, 19(33):4269-4270.

收稿日期:2017-02-10 修回日期:2017-03-15 编辑:王娜娜