

Cosa
bisogna
sapere
e cosa
è utile
fare

IPB

IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA



Invia le tue domande relative a questo argomento
al nostro team di esperti sul sito: www.siu.it
utilizzando il servizio "L'Urologo Risponde"



Materiale informativo
a cura della
Società Italiana di Urologia

Ipertrofia Prostatica Benigna

(IPB), è una malattia di comune riscontro che consiste nell'aumento volumetrico della parte interna della prostata, detta zona transizionale. Tale crescita produce una massa chiamata "adenoma prostatico" che può ostruire la fuoriuscita dell'urina. Tale crescita è di tipo benigno perché comporta compressione sui tessuti circostanti senza infiltrarli. IPB e tumore maligno della prostata non sono correlati, sebbene le due condizioni possano coesistere e spesso il secondo venga diagnosticato incidentalmente durante indagini per la molto più comune IPB. IPB e cancro si impiantano su zone diverse della prostata, essendo il secondo di pertinenza prevalentemente della zona periferica.

- Età
- Familiarità
- Stato ormonale sistemico e locale (Dihidrotestosterone e Estrogeni)

La causa dell'IPB non è conosciuta. Quel che è noto è che IPB è un fenomeno legato all'invecchiamento ma che in alcuni soggetti è maggiore che in altri. IPB colpisce il 5-10% degli uomini di 40 anni di età, e fino all'80% degli uomini tra 70 e 80 anni. Il diidrotestosterone (DHT) ha un ruolo nell'insorgenza di IPB. Questo è dimostrato dal fatto che gli eunuchi (persone prive di testicoli e quindi di Testosterone) non sviluppano la patologia quando raggiungono l'età adulta. Il DHT è un derivato prodotto nella prostata dal testosterone circolante, che induce la proliferazione delle cellule ghiandolari, muscolari e connettivali della prostata. IPB si verifica in uomini con elevati livelli di estrogeni e relativamente ridotti livelli di testosterone libero.

Non sempre l'adenoma è ostruttivo. Quando lo diventa si parla di IPB sintomatica. I sintomi non sono correlati con le dimensioni della ghiandola: infatti una prostata di piccole dimensioni può provocare sintomi ostruttivi molto più gravi di una prostata dalle dimensioni maggiori; questo perché la sintomatologia deriva dalla



Società Italiana di Urologia
largo R. Lanciani, 1 - 00162 Roma
Tel. 0686202637 - Fax 0686325073
www.siu.it - info@siu.it

somma di due componenti: quella statica, determinata dalla massa della ghiandola, e quella dinamica, dovuta al tono della muscolatura liscia del collo vescicale, della prostata e della sua capsula.

I Sintomi

IPB causa due tipi di sintomi urinari: ostruttivi e irritativi. Fra gli ostruttivi ci sono il flusso urinario debole e lo sforzo nella minzione, la difficoltà ad iniziare, l'intermittenza di emissione del flusso, e l'incompleto svuotamento della vescica. Fra i sintomi irritativi si annoverano la frequenza nell'urinare, che è detta pollachiuria, la nicturia, cioè un aumentato bisogno durante la notte, l'urgenza (la necessità di svuotare la vescica non può essere rimandata) e il bruciore ad urinare. La IPB può essere una patologia progressiva, specialmente se non curata. L'incompleto svuotamento della vescica può portare all'accumulo di batteri nel residuo vescicale aumentando i rischi di infezioni urinarie e febbri uro-settiche. L'accumulo di urina può, peraltro, portare anche alla formazione di calcoli dovuti alla cristallizzazione di sali nel residuo post-minzionale. La ritenzione urinaria possono portare a un danneggiamento cronico della funzione dei reni fino all'insufficienza renale. La ritenzione urinaria acuta è l'impossibilità di urinare che impone di mettere un catetere vescicale, e compare nelle forme avanzate e trascurate di IPB.

La Diagnosi

È importante che gli uomini di età matura non trascurino la comparsa di disturbi urinari, e che non ritardino la presentazione a un medico urologo. Questi provvederà a raccogliere i sintomi, a assegnarne la severità e a escludere patologie che possono presentarsi in modo simile. I questionari sintomatologici validati, come l'IPSS (International Prostate Symptom Score) o l'OABq (Over Active Bladder questionnaire) e il riempimento del diario minzionale sono utili per suggerire la causa dei disturbi urinari e monitorare la risposta alla terapia. L'esame obiettivo, inclusa la palpazione della prostata attraverso il retto,

può rivelare l'ingrossamento della ghiandola, la crescita asimmetrica o la presenza di infiammazioni e nodularità. L'ecografia dell'apparato urinario rappresenta oggi uno strumento irrinunciabile a disposizione dell'urologo, sia per assegnare accurata volumetria della prostata e dell'adenoma, sia per evidenziare i segni ecografici di IPB e delle sue complicanze (quali calcolosi e diverticoli vescicali, o segni di sofferenza renale), che per identificare il residuo postminzionale ed escludere altre patologie urinarie. La uroflussimetria è uno degli esami più semplici ed utili, perché evidenzia se tale patologia causa un'ostruzione oppure no. Distingue perciò la IPB significativa da quella non significativa sulla dinamica minzionale. Alcuni parametri come Qmax (velocità di flusso massima) sono usati anche per verificare la risposta alle terapie nel tempo. Il PSA è una sostanza nel sangue facilmente identificabile, che rappresenta un marker di patologia prostatica. Spesso viene eseguito nei pazienti IPB per escludere una concomitante crescita maligna nella prostata. Tuttavia un innalzamento del PSA deve essere integrato con altre informazioni perché può indicare infiammazione, IPB o traumatismo, oltre che il tumore prostatico. Un suo innalzamento richiede un attento monitoraggio e, eventualmente, esami più approfonditi.

La Terapia

Gli **alfa litici** procurano un sostanziale miglioramento dei sintomi di IPB. Agiscono rilassando la muscolatura liscia della prostata e del collo vescicale ed aumentano la portata del flusso urinario.

Gli **inibitori della 5 α -reduttasi** riducono notevolmente il contenuto di DHT nella prostata e conseguentemente il volume della prostata ed i sintomi dell'ipertrofia prostatica benigna. Hanno lunghi tempi di azione e influenzano il valore del PSA. Vi è anche una crescente evidenza dell'efficacia di Fitoterapici, ovvero di sostanze naturali estratte da specifiche piante quali la *Serenoa repens* o *Hypoxis rooperi*, nell'alleviare in maniera moderata i sintomi della patologia.

Terapia Chirurgica: In caso di fallimento del trattamen-

to del trattamento medico, può rendersi necessario quello chirurgico. A differenza della chirurgia radicale per curare il cancro, la chirurgia per IPB non mette a rischio la potenza erettiva del pene né la capacità di arrivare all'orgasmo né la continenza delle urine. Tuttavia qualsiasi intervento chirurgico per IPB pone a rischio, in entità differente, la meccanica di eiaculazione.

Adenomectomia open surgery. Significa rimuovere l'adenoma mediante il tradizionale taglio chirurgico, nella variante trans vescicale (ATV) o infravescicale (Millin). Interventi usati da oltre 50 anni, hanno ancora un'efficacia insuperata anche se con una morbilità perioperatoria che alcuni mettono in discussione, nella realtà attuale di chirurgia mini-invasiva. Interventi tuttora definiti "gold standard" in caso di prostate veramente voluminose.

Resezione transuretrale dell'adenoma prostatico (TURP). Prevede la resezione dell'adenoma attraverso l'uretra. Consigliabile per prostate fino a un certo volume, presenta il vantaggio della mini-invasività, ovvero evitare tagli e un recupero postoperatorio più rapido. Esistono anche alcune nuove tecniche per ridurre il volume della prostata ipertrofica, alcune delle quali non sono ancora abbastanza sperimentate per stabilire i loro effetti definitivi. Esse prevedono vari metodi per distruggere parte del tessuto ghiandolare senza danneggiare quello che rimarrà in situ. Fra queste si ricordano: la vaporizzazione transuretrale della prostata (TVP), la laser TURP, la visual laser ablation (VLAP), la Transurethral Microwave Thermo Therapy (TUMT), la Transurethral needle ablation of the prostate (TUNA) e la sua evoluzione tecnologica Prostiva, micro iniezioni di etanolo in situ ed altre ancora allo studio o in via di sperimentazione.

Holmium Laser Ablation of the Prostate (HoLAP). Utilizza lo stesso accesso mini-invasivo di TURP, ma può curare adenomi più voluminosi. Il laser per l'HoLAP è un dispositivo con una sonda di 550 micron con una potenza di 100 Watt ed un angolo di riflessione di 70 gradi. La sua frequenza di azione è di 2 nm, che cade nella zona invisibile dell'infrarosso e non può essere visto ad occhio nudo. La profondità di penetrazione del laser ad Olmio è inferiore a 0,5 mm evitando così le necrosi tissutali spesso causate dal laser a profonda penetrazione.

Cateterismo a permanenza: bypassare l'ostacolo prostatico e drenare la vescica cronicamente con un catetere è una soluzione riservata ai pazienti che, non responsivi ai farmaci, non hanno sufficiente salute generale per affrontare l'intervento chirurgico, o lo rifiutano. Richiede sostituzione una volta al mese.