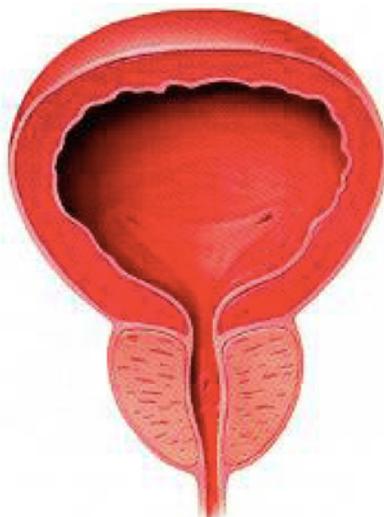
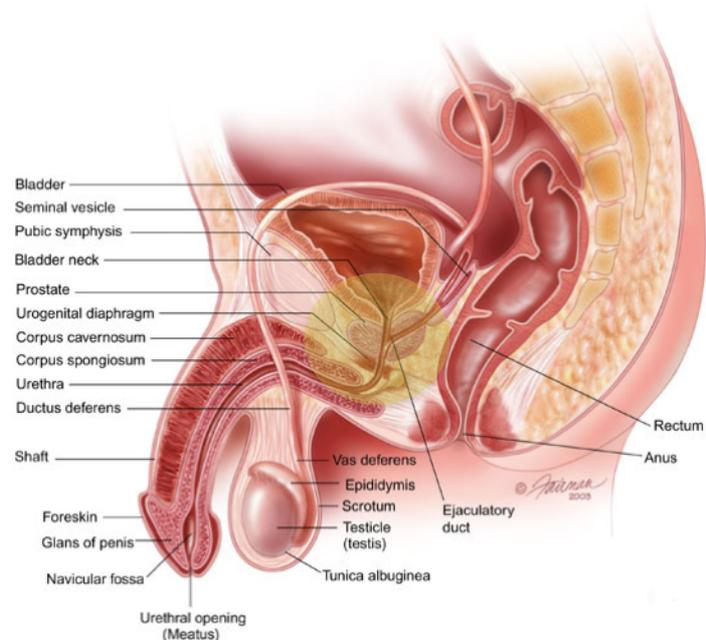


# IPERTROFIA PROSTATICA

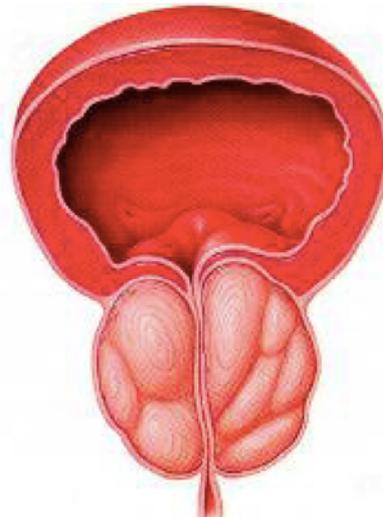
La prostata è una ghiandola che fa parte dell'apparato riproduttivo maschile; la sua forma e le sue dimensioni ricordano quelle di una castagna (è spessa 2,5 cm, larga 4 cm e lunga 3 cm; pesa circa 20 g); si trova sotto la vescica e davanti alla parete anteriore del retto.

Già dopo la pubertà la prostata inizia generalmente un processo che comporta un aumento del volume dell'organo (definito con vari nomi come IPB, oppure fibroadenomioma prostatico, adenomatosi prostatica, iperplasia prostatica benigna etc.), che comincia a farsi sentire dal punto di vista dei sintomi intorno ai 50 anni (si parla del 70% di soggetti colpiti); superati gli 80 anni di età l'incidenza sale fino all'80%. Nonostante le cause

non siano state ancora definite con certezza, si suppone che, considerata la correlazione con l'aumento dell'età dei soggetti, il processo di ingrossamento sia dovuto a variazioni a livello ormonale. La patologia è cronica e progressiva e può, nonostante la sua natura benigna, incidere



Prostata normale



Ipertrofia prostatica

significativamente sulla qualità della vita. L'ingrossamento della prostata provoca un restringimento del primo tratto dell'uretra (la cosiddetta uretra prostatica) causando difficoltà a livello di deflusso urinario; la prima conseguenza di questa situazione è un "superlavoro" della vescica nel tentativo di espulsione dell'urina; questo

superlavoro provoca una perdita di forza e di efficienza della vescica che diventa anche più soggetta a diverticoli, infezioni e calcolosi.



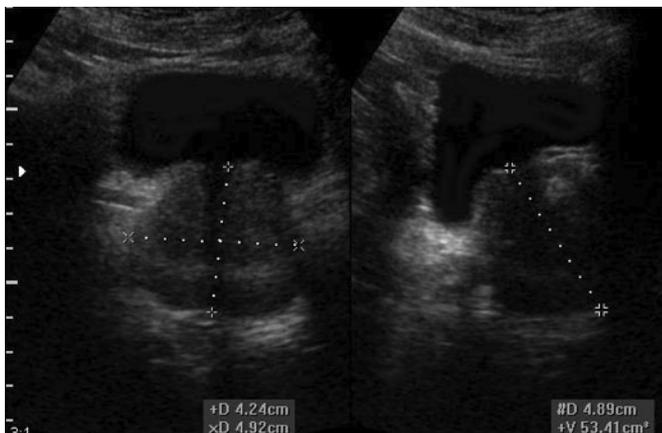
## I sintomi dell'ipertrofia prostatica

Il sintomo principale dell'ipertrofia prostatica benigna è la diminuzione della forza del getto urinario in associazione alla difficoltà a iniziare il processo minzionale. Un altro sintomo ricorrente è l'aumento

della frequenza della minzione, definito anche pollachiuria; ciò avviene sia nelle ore diurne che in quelle notturne; in quest'ultimo caso si parla di nicturia. Altri sintomi sono il bisogno di urinare urgentemente (urgenza minzionale, talvolta associata a piccolissime perdite involontarie di urina), minzione intermittente, flusso urinario rallentato, sensazione di vescica non completamente svuotata, gocciolamento post-minzionale e, ma più raramente, ematuria (presenza di sangue nelle urine), tenesmo (contrazione dolorosa dello sfintere urinario) e riduzione della libido.

## LA DIAGNOSI DI IPERTROFIA PROSTATICA

L'esame per eccellenza per accertare l'eventuale presenza della patologia in questione è l'esplorazione rettale, un esame piuttosto semplice. Altri esami che possono venire richiesti sono l'ecografia vescicale, il dosaggio ematico del antigene prostatico specifico (PSA), l'esame delle urine e la flussometria urinaria.



L'ecografia vescico-prostatica è un esame piuttosto semplice che non richiede una particolare preparazione se non il fatto di presentarsi a vescica piena; l'ecografia vescicale serve a valutare la grandezza della prostata, lo stato vescicale e il residuo urinario post-minzionale.

L'esame dell'antigene prostatico specifico (una glicoproteina la cui presenza a livello ematico tende a crescere nel caso di patologie prostatiche sia benigne che maligne) ha come scopo principale quello di escludere il ricorso a una biopsia prostatica, necessaria nel caso vi sia il sospetto di neoplasia.

La flussometria è un esame non invasivo, semplice e non dispendioso che serve per misurare il volume di urina che viene espulsa durante la minzione nell'unità di tempo (ml/s).

E' consigliabile, dopo la valutazione flussometrica, valutare anche il cosiddetto RPM, il residuo vescicale post-minzionale (cioè il volume residuo di urina che permane eventualmente in vescica dopo la minzione); sostanzialmente, lo scopo della flussometria è la valutazione del grado di

ostruzione uretrale.

L'esame delle urine serve ad accertare l'eventuale presenza di batteri, globuli bianchi o di emazie.

## IL TRATTAMENTO

Vi sono molte forme di trattamento dell'ipertrofia prostatica benigna che vengono utilizzate a seconda del livello di gravità della patologia. Le tipologie di trattamento possono essere suddivise sostanzialmente in due gruppi:

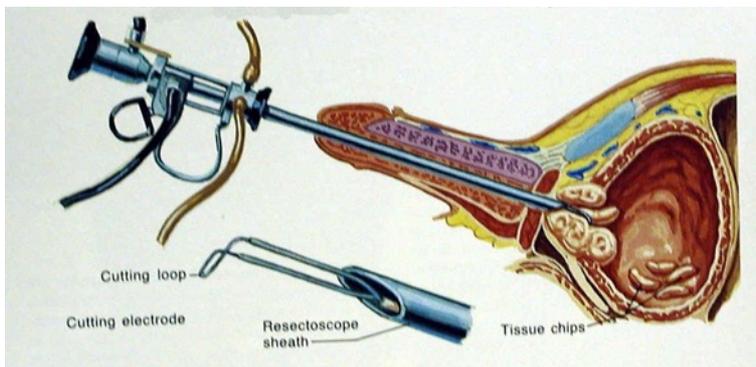
- Terapie farmacologiche
- Trattamenti chirurgici

### Terapie farmacologiche

Nelle ipertrofie prostatiche di lieve entità il trattamento è quasi sempre di tipo farmacologico. Esistono diverse tipologie di farmaci per la cura dell'IPB; alcuni agiscono inibendo la trasformazione del testosterone nel metabolita DHT (diidrotestosterone), responsabile dell'ingrossamento della prostata; fanno parte di questa categoria la dutasteride e la finasteride ; altri farmaci (i cosiddetti farmaci alfa-litici come, per esempio, la terazosina, la tamsulosina, la doxazosina e la silodosina) agiscono invece rilassando la muscolatura del collo vescicale, dell'uretra prostatica e della prostata migliorando di conseguenza la minzione. I problemi maggiori del ricorso ai farmaci sono legati agli effetti collaterali (eiaculazione retrograda, ginecomastia, ipotensione, emicrania, vertigini ecc.).

### Trattamenti chirurgici

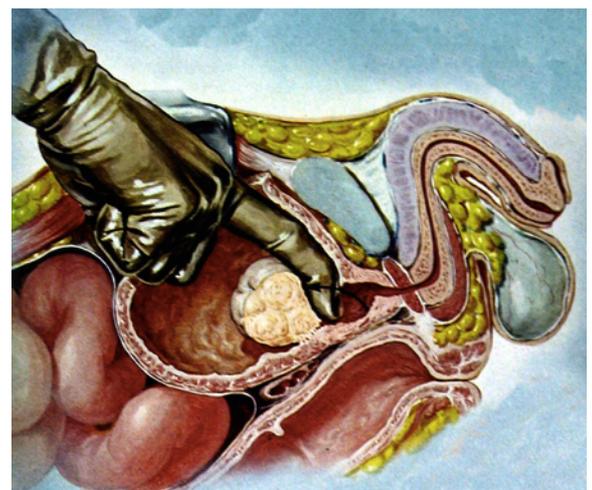
Presso l'ospedale Mauriziano sono disponibili tutti i principali trattamenti chirurgici. Per alcuni di essi ( come il trattamento endoscopico con i laser ) l'ospedale è **divenuto centro di insegnamento dedicato agli urologi che vogliono imparare tali tecniche** .



La TURP mono o bipolare (Trans-Urethral Resection of the Prostate, resezione transuretrale della prostata) è un'operazione in endoscopia effettuata tramite uno strumento chiamato resectoscopio dotato di un'ansa, mono o bipolare , che, introdotto attraverso l'uretra, taglia il tessuto prostatico in strisce che vengono poi asportate con un particolare evacuatore. La

cateterizzazione va dai due ai tre giorni.

Talvolta, quando non è possibile ricorrere alla TURP, si può procedere con un'operazione “ a cielo aperto” di asportazione della parte ingrossata della prostata. Il chirurgo incide l'addome, ed esegue la rimozione con un dito dell'adenoma prostatico. La cateterizzazione va dai 4 ai 5 giorni.



La HoLEP (Holmium Laser Enucleation of Prostate, enucleazione prostatica tramite laser a Holmio) e la ThuLEP (Thulium Laser Enucleation of Prostate, enucleazione prostatica tramite laser a Holmio) sono anch'esse tecniche chirurgiche che si effettuano per via endoscopica; dopo aver inserito una sonda laser per via transuretrale, si procede con l'incisione della prostata e la successiva enucleazione dell'adenoma prostatico staccandolo dalla parte sana dell'organo. Una volta spinta in vescica l'adenoma viene triturato ed asportato mediante uno strumento endoscopico chiamato morcellatore. La cateterizzazione dura uno o due giorni.



La TUIP (Trans-Urethral Incision of the Prostate, incisione transuretrale della prostata) è un intervento effettuato con tecnica endoscopica ed è indicato per prostate dal peso inferiore ai 30 g e che non presentino sviluppo di lobo medio. Nel corso di questo intervento vengono praticate uno o due incisioni della prostata senza effettuare asportazione di tessuto. L'intervento è di breve durata, la cateterizzazione dura un giorno o due

Il questionario IPSS (International Prostate Symptom Score) è uno strumento utilizzato per valutare il grado di progressione della patologia e il profilo di rischio e ha lo scopo di oggettivare la sintomatologia. Il questionario IPSS consta di otto domande, le prime sette sono relative alla funzionalità della minzione mentre l'ottava riguarda la qualità della vita.

Esistono inoltre tutta un'altra serie di terapie (come le terapie termiche, l'iniezione di alcool etc), interessanti ed in via di sviluppo, ma che al momento le linee guida delle principali società Urologiche internazionali indicano come da riservare solo a casi particolari con attenta valutazione dei risultati.