



DIVISIONE DI UROLOGIA

OSPEDALE "CARLO POMA" DI MANTOVA

IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA (IPB)

La prostata è una ghiandola sessuale maschile simile per forma e grandezza ad una castagna, che produce un fluido che concorre a formare il liquido seminale (sperma). Essa è situata immediatamente sotto la vescica e circonda il primo tratto dell' uretra, condotto attraverso cui l'urina dalla vescica viene emessa all' esterno. Alla nascita la prostata è molto piccola; inizia a funzionare alla pubertà (verso i 12-14 anni) quando, sotto gli stimoli degli ormoni sessuali maschili prodotti dai testicoli, si ingrossa leggermente. Verso i 40-50 anni va incontro, nella maggior parte degli uomini, ad un ulteriore aumento di volume per una nuova malattia denominata ipertrofia benigna. Ipertrofia significa aumento di volume; benigna significa che non è grave e che può essere facilmente curata. L'ipertrofia prostatica benigna corrisponde al fibroma dell'utero femminile. A determinare l'ingrossamento della prostata c'è una crescita disordinata ed eccessiva della sua porzione più interna: questa struttura che si viene lentamente a creare si chiama "adenoma". L'ingrandimento prostatico provoca una compressione del condotto uretrale (che scorre all'interno della prostata attraversandola da una parte all'altra), determinando un ostacolo al deflusso di urina dalla vescica. In un quarto degli uomini che hanno superato i 50 anni, sino a giungere progressivamente con l' aumentare dell' età al 50% dei soggetti di 75 anni, l' IPB determina **disturbi della minzione**, ossia difficoltà ad emettere l' urina all' esterno. Tali disturbi sono suddivisibili in due categorie:

- sintomi da irritazione della vescica come la pollachiuria (aumento della frequenza delle minzioni), l'impellenza o urgenza del bisogno di mingere ed il tenesmo vescicale (sensazione di nuovo stimolo appena terminata la minzione)
- sintomi da ostruzione prostatica vera e propria come l' indebolimento della forza del getto urinario (stranguria), il ritardo nell' iniziare la minzione, l' intermittenza del flusso urinario, l' uso della pressione dell'addome per aumentare la potenza del getto ed il senso d' inadeguato svuotamento della vescica.

La presenza di sangue nell' urina (ematuria), può talora far parte dei sintomi dell' IPB: in tali casi va sempre escluso un concomitante tumore dell' apparato urinario. La gravità dei sintomi determinati dall' IPB, comunque, non è direttamente proporzionale al volume della prostata. Al Paziente che si rivolge all' Urologo per tali disturbi, dopo la **visita** che consentirà di apprezzare le dimensioni e le caratteristiche della ghiandola prostatica, vengono frequentemente richiesti l'esecuzione di un esame delle urine e di un dosaggio dell' antigene prostatico specifico (PSA), un' ecografia dell' apparato urinario anche dopo minzione ed una uroflussometria (un esame che consente di misurare la potenza del getto urinario). Il **PSA** è una sostanza prodotta dalla prostata e nel giovane viene riversato interamente nello sperma; quando però col passare degli anni la prostata si ammala, la sua architettura viene alterata e alcune sostanze della prostata (nel nostro caso il PSA) possono essere riversate anche nel sangue che circonda la prostata. Ecco quindi che dopo i 50 anni spesso il PSA lo si trova anche nel sangue. Ciò è segno di malattia prostatica: tre sono le malattie della prostata che causano aumento del PSA nel sangue:

- 1) ipertrofia prostatica benigna (IPB)
- 2) infezione acuta della prostata (prostatite acuta)
- 3) tumore maligno (carcinoma)

Se dalla valutazione globale del Paziente viene confermata l' ostruzione al deflusso di urina e la presenza di disturbi così importanti da peggiorare la qualità della vita, viene consigliata una terapia con **farmaci** appropriati. I farmaci attualmente più usati per la cura dei sintomi dovuti all' IPB appartengono sostanzialmente a due gruppi:

- farmaci che agiscono diminuendo il volume prostatico o la infiammazione, come ad esempio la Finasteride, la Dutasteride, la Mepartricina, l' estratto di Serenoa Repens. Hanno una efficacia lenta nel tempo e vengono consigliati nei casi iniziali, con scarsi disturbi.

- farmaci che agiscono in modo completamente diverso, andando a bloccare le fibre nervose che all'interno della ghiandola ingrossata stringono il canale uretrale e impediscono che, quando decidiamo di iniziare a urinare, avvenga il naturale rilassamento dello sfintere urinario. Sfintere urinario è un insieme di piccole fibre muscolari che come una sciarpa circonda il canale uretrale. Questi farmaci si chiamano alfa-bloccanti (Terazosina, Doxazosina, Alfuzosina, Tamsulosina) perché bloccano le fibre alfa (che causano contrazione dello sfintere).

La efficacia di questi farmaci è molto rapida; hanno però due effetti collaterali: il primo è che bloccando anche un po' le fibre muscolari che normalmente circondano le arterie del corpo possono far scendere la pressione del sangue, il secondo è che rilasciando lo sfintere urinario lo sperma può, durante il rapporto sessuale, entrare in parte in vescica nel momento della eiaculazione. Questi farmaci sono indicati quando i disturbi sono più accentuati e soprattutto quando il paziente dice che ha il getto molto debole. Oltre ai farmaci sarà utilissimo uno **stile di vita** idoneo a prevenire infiammazioni della prostata: eliminare cibi piccanti e cioccolata, eliminare alcol, mantenere l'intestino in ordine (per ottenere feci morbide il sistema più semplice è bere molta acqua e alimentarsi con molte fibre vegetali), camminare molto e stare seduti il minimo necessario, evitare lunghi viaggi in auto o in bicicletta, non trattenere a lungo l'urina quando si avverte lo stimolo. La attività sessuale è benefica per la prostata. Quando questo stile di vita non viene rispettato saranno utili semicupi tiepidi (cioè mettersi in vasca da bagno per 15 minuti con acqua calda).

Le più frequenti **complicanze** dovute all'IPB sono: la presenza di abbondante residuo d'urina al termine della minzione cui possono conseguire infezioni urinarie e calcolosi della vescica, i diverticoli (sfiancamenti) vescicali, il coinvolgimento dell'alto apparato urinario con diversi gradi di dilatazione delle vie urinarie alte (reni e ureteri) e conseguente grave insufficienza renale e la ritenzione acuta d'urina cioè l'impossibilità completa alla minzione che richiede il posizionamento urgente di un catetere in vescica. Di queste complicanze l'unica veramente grave è la insufficienza renale. I reni diventano insufficienti, cioè non più funzionanti, quando non riescono più a riversare nelle vie urinarie la urina che normalmente producono (circa un litro al giorno). Le vie urinarie non sono in grado di ricevere le urine dai reni perché intasate dalla prostata che ostacola il deflusso. Il segno visibile di questo intasamento è la dilatazione delle vie urinarie che una semplice ecografia dell'addome fa rivelare. Un altro semplice esame di laboratorio che documenta la insufficienza renale è il dosaggio della creatinina nel sangue. La creatinina è una specie di blando veleno che tutti abbiamo nel sangue e che i reni eliminano con le urine. Se i reni non funzionano questa sostanza aumenterà nel sangue e da qui si misurerà il grado di efficienza dei reni. Questa malattia si chiama idronefrosi. La idronefrosi inizia lentamente e lentamente peggiora nei mesi o anni. Se non corretta può portare a morte.

Nel caso di disturbi minzionali di notevole gravità, di scarso miglioramento soggettivo dopo adeguata terapia farmacologica o, ancor più, in presenza delle complicanze secondarie all'IPB, viene consigliato l'intervento di **"disostruzione"** prostatica (prostatectomia per via endoscopica trans-uretrale o per via chirurgica). L'intervento consiste nell'asportazione dell'adenoma (il termine adenoma significa ingrossamento benigno) prostatico ossia della porzione centrale, interna, della prostata coinvolta dall'IPB. Le operazioni di asportazione dell'adenoma prostatico sono generalmente prive di importanti complicanze e risolvono il problema dell'ostacolo alla minzione nella grande maggioranza dei casi. La conseguenza più rilevante è costituita dall'eiaculazione retrograda, ossia dalla riduzione della quantità dello sperma che, al momento dell'orgasmo, tende a refluire in vescica piuttosto che fuoriuscire all'esterno dell'uretra. Va sottolineato come tale intervento non incide in alcun modo sul desiderio, sulla potenza sessuale e sull'orgasmo. Il più diffuso degli interventi disostruttivi è, attualmente, l'asportazione endoscopica dell'adenoma prostatico, nota come TURP (**resezione transuretrale della prostata**). Essa consiste nell'inserimento nell'uretra di uno speciale strumento endoscopico detto resettore (una specie di piccola zappa che taglia col calore prodotto da corrente elettrica) attraverso cui viene asportata frammento dopo frammento, fettina dopo fettina, la parte centrale della ghiandola prostatica. Tale intervento costituisce, nel mondo occidentale, la seconda operazione chirurgica per frequenza negli uomini ultrasessantenni. Necessita della anestesia generale e di un ricovero ospedaliero di circa 4 giorni. Dura 40-60 minuti. Non sono necessarie incisioni cutanee e quindi il decorso post operatorio non è doloroso.

Per Pazienti giovani con prostate di piccole dimensioni, può essere indicata la semplice incisione endoscopica dell'uretra che passa nella prostata (TUIP); questa operazione ha una minore incidenza di retroeiaculazione rispetto alla TURP. Nei Pazienti con adenomi prostatici di notevoli dimensioni, tali da renderne più indaginosa l'asportazione endoscopica attraverso l'uretra, è ancor oggi opportuno ricorrere, con ottimali risultati negli anni, agli interventi cosiddetti "a cielo aperto", che richiedono un'incisione della cute nella parte inferiore dell'addome. Tale intervento chirurgico tradizionale è, comunque, talvolta necessario anche in presenza di grossi calcoli o di diverticoli vescicali o quando il Paziente non può essere sottoposto ad intervento endoscopico (ad es. per grave artrosi dell'anca). Negli ultimi anni sono state messe a punto nuove tecniche "a bassa invasività" che utilizzano diverse fonti d'energia come l'ipertermia, gli ultrasuoni, le microonde, e il laser, per ridurre o distruggere il tessuto prostatico ipertrofico. Alcune di queste tecniche, in modo particolare la **ipertermia**, non richiedono né l'anestesia né il ricovero ospedaliero. Nonostante alcune di queste tecniche siano promettenti, non è certo a tutt'oggi, quanto esse siano efficaci a lungo termine.

Nei casi in cui, per l'età molto avanzata o per le cattive condizioni generali, qualsiasi tipo d'intervento alla prostata venisse ritenuto ad elevato rischio, l'unico modo per far defluire le urine è l'inserimento di un catetere vescicale a vita. Il paziente con un catetere vescicale è facilmente esposto a infezioni urinarie, a sanguinamenti e alla formazione di calcoli vescicali.