

l'Ora della Salute



a cura di
Dr. Giovanni Bisignani
Direttore UOC Cardiologia
ed UTIC Ospedale Castrovillari

Chiedete allo specialista

Inviare le vostre domande a proposito dei temi trattati in questa pagina a giovanni.bisignani@calabriaora.it. Riceverete risposta per mail o, in forma anonima, nel prossimo numero del giornale.

LA PROSTATA: UN PROBLEMA TUTTO MASCHILE

Quando la prostata si ingrossa

La prostata è una ghiandola maschile che si trova al di sotto della vescica e davanti al retto; circonda la uretra, il condotto che permette all'urina e al liquido seminale di fuoriuscire dal pene. La prostata nell'uomo adulto ha la grandezza di una castagna (20g). La prostata è fondamentalmente deputata alla produzione del liquido seminale, che contiene sostanze nutritive per gli spermatozoi e altre proteine, che hanno il compito di mantenere fluido il seme dopo la sua emissione. La ghiandola prostatica comprende una zona periferica, una centrale, una anteriore e una di transizione. La zona periferica è l'area di sviluppo di quasi tutti i carcinomi, mentre quella centrale tende a essere priva di processi patologici specifici. **L'iperplasia prostatica, meglio conosciuta come ipertrofia prostatica**, ed identificata anche con la sigla IPB, si intende il lento e progressivo accrescimento di volume della prostata, che inizia nell'uomo a partire dai 40-50 anni, per arrivare al massimo sviluppo entro i 70-80 anni di vita. L'iperplasia prostatica origina dalla zona di transizione della ghiandola, che è quell'area della prostata sita nella regione periuretrale (attorno all'uretra) dove si verifica un aumento del numero e del volume delle cellule del tessuto ghiandolare e fibroso. L'aumento volumetrico della prostata è estremamente variabile tra gli individui, sia per le dimensioni che la ghiandola può raggiungere (nell'età adulta anche 100-150 g e oltre) sia per la morfologia acquisita dalla ghiandola. Infatti si può avere un aumento di volume dei solo lobi laterali, del lobo medio oppure un aumento sia dei lobi laterali che del lobo medio.

QUALI SONO LE CAUSE ED I SINTOMI DELL'IPERTROFIA PROSTATICA? Lo svilupparsi di un'ipertrofia prostatica è un fenomeno quasi universale nell'uomo anziano, ma non sono ancora note le cause e la patogenesi di tale malattia. I due fattori principali necessari per l'instaurarsi dell'ipertrofia prostatica benigna nell'uomo sono rappresentati dalla presenza dei testicoli quale fonte di ormoni maschili e dall'età.

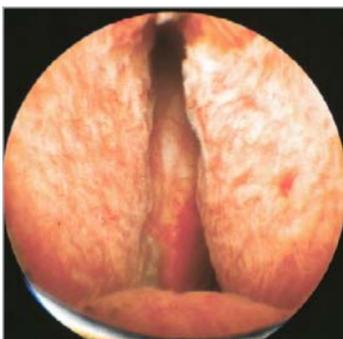
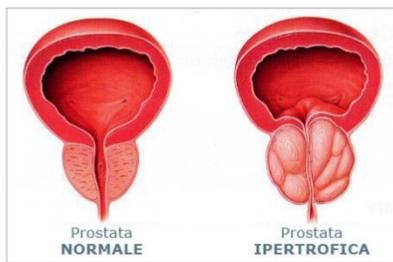
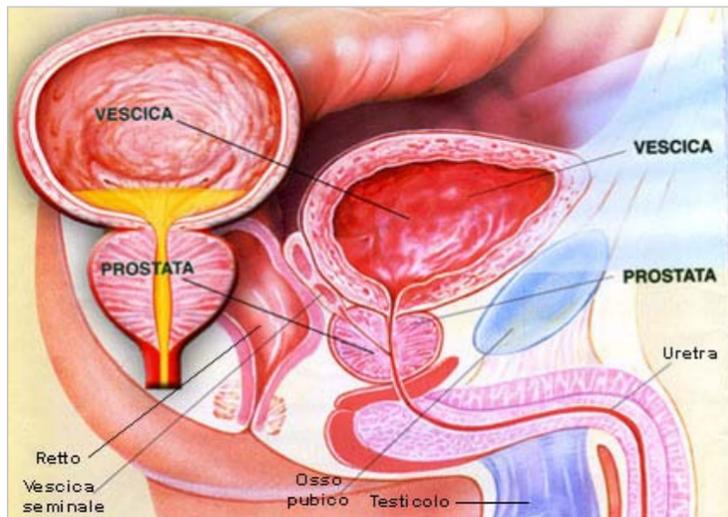
SINTOMI: I disturbi minzionali sono suddivisi in: sintomi della fase di riempimento vescicale (o irritativi) della fase di svuotamento vescicale (o ostruttivi). Inizialmente tendono ad essere "irritativi": Pollachiuria (Au-

mento della frequenza della minzione), Urgenza o Minzione imperiosa (necessità impellente di urinare fino all'incapacità a trattenere l'urina), Nicoturia: (è il disturbo in seguito al quale il paziente deve svegliarsi una o più volte per notte per urinare). Successivamente i sintomi diventano "ostruttivi" (a volte compaiono insieme): **1) Esitazione minzionale** (difficoltà ad iniziare la minzione) è il primo sintomo che avverte la maggior parte dei pazienti affetti da IPB **2) Riduzione del flusso** (Mitto ipovalido), durante la minzione si nota che la pressione del flusso dell'urina è ridotto. **3) Mitto in due tempi** (necessità di dovere mangiare nuovamente dopo pochi minuti per svuotare la vescica) **4) Flusso intermittente** il paziente descrive il flusso dell'urina, che si ferma e riprende, in una o più occasioni, durante la minzione. **5) Minzione prolungata** (aumento del tempo di svuotamento vescica) **6) Sgocciamento** (è l'emissione di alcune gocce di urina al termine della minzione) **7) Minzione con sforzo**: il paziente descrive lo sforzo muscolare necessario sia per iniziare che per mantenere o aumentare il flusso urinario. **8) Gocciolamento finale** (il paziente descrive una prolungata fase finale di minzione, quando il flusso si è ridotto ad un gocciolamento) **Sintomi post-minzione:** Sensazione di svuotamento incompleto: indica la sensazione avvertita dal paziente dopo che l'urina è uscita. Gocciolamento post minzione: si ha la perdita involontaria di urina immediatamente dopo che ha finito di urinare, di solito dopo essere usciti dal bagno.

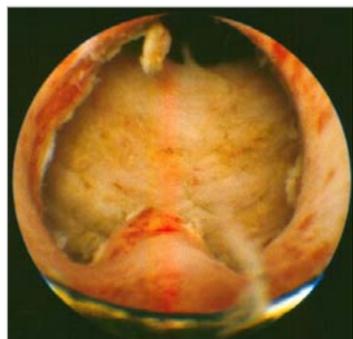
EVOLUZIONE: L'ostruzione determinata dalla ghiandola prostatica aumentata di volume determina con il tempo due conseguenze: Iperptrofia

del muscolo della vescica per cui le pareti vescicali assumono un aspetto a celle e colonne, che rappresenta l'iniziale azione di compenso della vescica all'ostruzione (vescica da sforzo). Presenza di residuo urinario post-minzionale, segno di ostruzione e iniziale scompensazione detrusoriale. Esso aumenta la suscettibilità alle infezioni del basso tratto urinario con conseguente comparsa o peggioramento della sintomatologia irritativa. Nelle fasi avanzate si può andare incontro a ritenzione urinaria acuta che rappresenta la principale complicanza dell'iperplasia prostatica ostruttiva e può essere considerata segno di scompenso funzionale del muscolo vescicale. Inoltre le infezioni del basso tratto urinario causate dall'alterato svuotamento vescicale possono trasmettersi all'alta via escretrice con comparsa di quadri di pielonefrite acuta o cronica. L'insufficienza renale rappresenta oggi una complicanza piuttosto rara.

DIAGNOSI La prima fase è la raccolta della storia clinica del paziente che è molto importante per escludere altre patologie, non solo urologiche, che si manifestano clinicamente con identici sintomi; **IPSS:** È un test che consiste in delle domande alle quali viene assegnato un punteggio che alla fine ci permette di stabilire, in base al punteggio totale, la gravità della sintomatologia e l'alterazione della qualità di vita del paziente. **Esplorazione rettale** permette di valutare: 1) la situazione neurologica locale (tono



Lobi prostatici che aggettano nel lume uretrale



Cavità creata dalla TURP dopo rimozione adenoma

sfintere anale) 2) le dimensioni prostatiche 3) le alterazioni di morfologia, consistenza e dolorabilità della prostata. **Dosaggio sierico del PSA** Un esame importante (nonostante le varie opinioni contrastanti attualmente presenti) riguarda la determinazione dell'antigene prostatico specifico (PSA). Il PSA è una glicoproteina prodotta dalle cellule epiteliali prostatiche con la funzione di contribuire alla liquefazione del liquido seminale durante l'iaculazione. Viene dosato nel sangue. Il PSA è un marcatore d'organo ed è biologicamente specifico di malattia prostatica: aumenta infatti nell'IPB, nelle prostatiti, e nel carcinoma prostatico. Per cui un suo innalzamento, rispetto ai valori di normalità rapportati per l'età, non necessariamente indica un cancro alla prostata, ma da solo indica che questo organo può avere qualche problema: infiammatorio, congestizio, di ingrossamento legato all'età etc. Sarà poi lo specialista con un adeguato inquadramento a formulare la diagnosi corretta. Quindi, in ambito medico, si dice che è dotato di alta sensibilità ma scarsa specificità. È molto importante che questo tipo di esame venga effettuato solo ed esclusivamente dopo aver sentito il parere del proprio Medico di Medicina Generale o dello Specialista Urologo. Altro esame importante è l'ecografia prostatica (sovra pubica e trans rettale), con valutazione del residuo post-minzionale (l'urina che rimane)

TERAPIA MEDICA in vescica dopo la minzione), che rappresenta il metodo più efficace per descrivere la morfologia della prostata e le sue dimensioni con possibilità di calcolare il suo peso totale e dell'adenoma (l'adenoma rappresenta le cellule prostatiche aumentate di numero e volume). Un ultimo esame da effettuare è l'Uroflussometria, che rappresenta un metodo semplice, non invasivo, ripetibile, poco costoso per valutare in maniera obiettiva la qualità del flusso urinario. Ovviamente, in base al grado della patologia, il Medico valuterà la necessità di eseguire ulteriori esami come: Esami della funzionalità renale; Esame urodinamico completo;

Urografia perfusione endovenosa; URO-TAC; Uretrocistoscopia. Abbiamo a disposizione dei farmaci specifici che rallentano la progressione della IPB e ne diminuiscono i disturbi. Tali farmaci possono essere utilizzati in monoterapia o in associazione. Il meccanismo d'azione degli agenti fitoterapici è generalmente non ben conosciuto. Esistono in commercio numerosi prodotti che contengono più sostanze in associazione che determinano un potenziamento degli effetti terapeutici

TERAPIA CHIRURGICA L'adenomectomia prostatica a cielo aperto (senza taglio chirurgico) rimane per prostatiche di notevoli dimensioni sempre attuale ed utilizzata. **TUR-P (Resezione prostatica transuretrale)** Attualmente è considerato il trattamento ottimale. Esistono inoltre numerosi altri trattamenti alternativi che però vengono utilizzati in pazienti con problematiche particolari (TUIP, TULIP ecc) **Laser ad Olmio (HoLEP)** Questo tipo di trattamento è ormai da considerarsi come la più valida alternativa alla TURP in quando con tale metodica si riescono ad asportare adenomi prostatici di notevoli dimensioni (anche di 200gr). È possibile effettuare l'esame istologico del tessuto asportato ed inoltre i vantaggi offerti da questa tecnica sono vari: **breve degenza, trascurabile perdita di sangue**, (indicato soprattutto nei pazienti con importanti disturbi della coagulazione.) **nessuna cicatrice, ridotta possibilità di infezioni e recupero più rapido.**



Dott. Pietro Pasquale Imbrogno

Specialista in Urologia
Consulente Urologo LILT Cosenza
Socio SIU (Soc. Italiana di Urologia)
Socio EAU
(European Association of Urology)