

# Ipertrofia prostatica

## che cosa è e come si cura

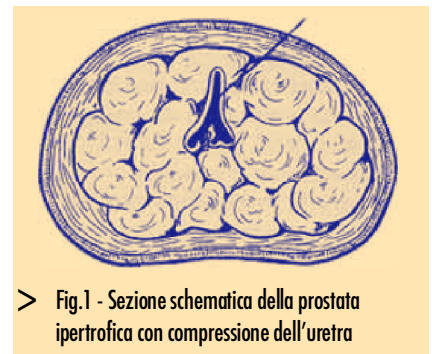
A P P R O F O N D I M E N T O

L'AUMENTO DI VOLUME DELLA PROSTATA È UNA CONDIZIONE COMUNE CHE PUÒ ACCOMPAGNARE IL PROCESSO DI INVECCHIAMENTO DELL'UOMO. È BENIGNA, NON EVOLVE MAI IN TUMORE MA PUÒ DARE FASTIDIOSI DISTURBI.



> **Dr. FRANCESCO ROCCO**  
DIRETTORE  
I CLINICA UROLOGICA  
UNIVERSITA' DEGLI STUDI  
DI MILANO

L'iperatrofia prostatica (IPB) è un ingrossamento benigno della prostata, che si manifesta soprattutto dopo i 50 anni. Va subito precisato che si parla di patologia benigna nel senso che l'aumento del volume prostatico non ha origine né evoluzione a cancro. Con l'avanzare dell'età la parte centrale della prostata tende a ingrandirsi per ragioni non ancora ben chiare, anche se i cambiamenti ormonali che si hanno nell'invecchiamento sembrano giocare un ruolo importante. L'aumento di volume della ghiandola esercita una compressione sull'uretra (fig. 1), costringendo così la vescica a lavorare di più per vincere l'ostacolo prostatico nel tentativo di espellere l'urina. Con il tempo, tuttavia, la vescica si indebolisce e perde efficienza. Questo spiega come mai, spesso, il primo sintomo sia proprio la difficoltà a urinare. Lo svuotamento incompleto comporta la permanenza in vescica di un residuo urinario che facilita l'insorgenza di infezioni o di calcoli. Accanto alla difficoltà nell'iniziare la minzione, altri sintomi sono: la diminuzione della forza del getto urinario, la minzione intermittente e lo sgocciolamento terminale. La sensazione di mancato svuotamento della vescica, il bisogno urgente di urinare o di farlo frequentemente sia di giorno che di



> Fig.1 - Sezione schematica della prostata ipertrofica con compressione dell'uretra

notte, sono invece disturbi che suggeriscono uno stato irritativo. Il quadro può essere complicato da episodi di ritenzione acuta d'urina, cioè l'impossibilità di urinare spontaneamente.

### OPZIONI TERAPEUTICHE

Due fondamentalmente le soluzioni terapeutiche dell'IPB: farmacologica o chirurgica.

Nelle forme lievi di IPB è sufficiente il solo intervento medico con la prescrizione di due diverse classi di farmaci che si distinguono per il meccanismo con cui agiscono. Da un lato finasteride e dutasteride che, bloccando la trasformazione dell'ormone testosterone nella sua forma attiva, ne impediscono l'effetto di aumento volumetrico sulla prostata; dall'altro terazosina, doxazosina, tamsulosina e alfuzosina che rilassando i muscoli del collo vescicale, dell'uretra prosta-

**PUÒ DARE DISTURBI DI INTENSITÀ MOLTO VARIABILE.**

**LA SCELTA DI INSTAURARE UNA TERAPIA VA CONSOLIDATA ALLA LUCE DELL'IMPATTO CHE HANNO I SINTOMI SULLA SALUTE E SULLA QUALITÀ DI VITA DEL SINGOLO**

tica e della prostata, facilitano l'emissione di urina. Va poi menzionato l'approccio con principi fitoderivati, ottenuti dalle piante *Serenoa Repens* e *Pygeum Africanum*, aventi un effetto prevalentemente anticongestionante ma di efficacia non sicura.

Se la cura non permette di ottenere risultati soddisfacenti, è indispensabile ricorrere all'intervento chirurgico, rimuovendo parte della prostata.

Prima di descrivere i vari tipi di interventi chirurgici per curare l'ipertrofia prostatica occorre precisare che, in caso di ipertrofia, lo scopo è di rimuovere solamente la porzione centrale della ghiandola, detta adenoma, che rappresenta l'ostacolo all'azione della vescica, quindi non tutta la prostata. Pertanto, dopo l'intervento, la prostata è ancora presente, diversamente da quanto invece accade negli interventi per il tumore alla prostata che hanno come finalità la rimozione completa della ghiandola e di alcune strutture annesse, con conseguenti complicanze più serie.

Tornando all'IPB, due sono le possibili modalità di intervento: per via endoscopica o con chirurgia classica "a cielo aperto".

#### LA CHIRURGIA:

##### INTERVENTI PER VIA ENDOSCOPICA

La Resezione Prostatica TransUretrale (TURP) è l'intervento di riferimento, più comunemente effettuato (fig. 2). È la soluzione scelta nei pazienti con sintomi e con prostata di volumi pari a 60/80 cc. È un intervento poco invasivo e del tutto efficace. Si effettua in anestesia epidurale, o spinale o, in alcuni casi, generale, inserendo attraverso l'uretra strumenti che, mediante laser o correnti elettriche, scavano la prostata dall'interno, eliminando così la parte ipertrofica. Dopo la TURP la degenza in ospedale si protrae fino a rimozione del catetere vescicale, circa due-quattro giorni dopo l'intervento. Possibile complicanza di questo intervento è l'eiaculazione retrograda ossia durante l'orgasmo, lo sperma viene emesso internamente in vescica e non ester-

## LA CHIRURGIA PUÒ ALLEVIARE I SINTOMI URINARI DOVUTI ALL'IPERTROFIA PROSTATICA, PREVENENDO COSÌ COMPLICANZE ALLA VESCICA O AI RENI

nalmente lungo l'uretra. Più rare sono le emorragie, l'incontinenza urinaria e la disfunzione erettile con impotenza.

Altra soluzione chirurgica è l'incisione cervico-prostatica transuretrale (TUIP), indicata nel caso la prostata sia modestamente aumentata di volume o nel caso il paziente sia ancora giovane e si intenda preservare la normale capacità di eiaculazione. L'intervento si esegue sempre per via endoscopica, incidendo la prostata in una o due aree intorno al collo vescicale, non rimuovendo l'adenoma ma rendendo più facile e con meno sforzo minzione. La procedura richiede tempi di degenza più brevi rispetto alla precedente e le possibili complicanze sono meno frequenti di quanto accada con la TURP.

L'elettrovaporizzazione prostatica transuretrale (TUVP), l'ablazione transuretrale con ago (TUNA), la termoterapia transuretrale con microonde (TUMT), il laser, a contatto o interstiziale, sono interventi endoscopici alternativi ma non risolutivi della malattia, nel senso che i disturbi possono poi nel tempo ripresentarsi con una certa frequenza.

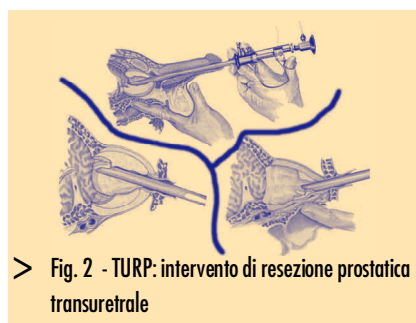
Discorso a parte merita la tecnica HOLEP (Enucleazione con laser ad olmio della prostata) in cui si incide la prostata e poi si enuclea l'adenoma, staccandolo dalla prostata sana e spingendolo in vescica dove viene frantumato ed aspirato. Questo in-

tervento è molto delicato e sembra avere gli stessi risultati della TURP

Sono stati proposti anche altri trattamenti, come l'applicazione di *stent* prostatici proponibili solo a pazienti particolarmente impegnativi e che avrebbero serie difficoltà ad affrontare un intervento operatorio o che siano portatori di catetere; il trattamento con ultrasuoni focalizzati per via Transrettale (HIFU, non raccomandabili per i tassi di fallimento alti) e la termoterapia idroindotta (WIT). I dati restano però a tutt'oggi limitati e non consentono conclusioni definitive.

#### INTERVENTI CHIRURGICI

La ragione più comune per eseguire l'adenomectomia "a cielo aperto" è rappresentata dalla dimensione della ghiandola e cioè quando sia maggiore di 80/100 cc. Indicazioni aggiuntive sono la presenza di calcoli vescicali o di altre anomalie della vescica, come diverticoli, ossia alterazioni della parete vescicale. La prostatectomia "a cielo aperto" può essere proposta a quei pazienti che non possono assumere durante l'intervento la posizione richiesta per la TURP a gambe divaricate e sollevate, detta litotomica, a causa di anomalie o disturbi dell'anca o del ginocchio. L'intervento "a cielo aperto" può essere eseguito per via sovrapubica o retropubica e la degenza è di poco più lunga di quella della TURP. L'approccio chirurgico "a cielo aperto" garantisce il miglioramento soggettivo e oggettivo in quasi il 98% dei pazienti. Le complicanze più comuni in ordine di frequenza, sono: eiaculazione retrograda, e, molto più raramente, infezione delle vie urinarie, stenosi uretrale, incontinenza, sclerosi del collo vescicale ed impotenza di origine principalmente psicogena. ■



> Fig. 2 - TURP: intervento di resezione prostatica transuretrale