

Prostata

Iperplasia prostatica benigna (IPB)

IPB significa iperplasia prostatica benigna. L'IPB é un ingrossamento benigno della prostata, frequente negli uomini anziani. La presenza non é necessariamente collegata con disturbi dello svuotamento vescicale. Circa il 50% degli uomini con IPB sviluppano dei disturbi e circa il 25% dev' essere curato.

Eta'(anni)	% di uomini con IPB
40-50	20%
50-60	40%
60-70	55%

Sintomi dell'IPB

La prostata é una ghiandola che attornia l'uretra prossimale e giace sotto il collo vescicale. La prostata ingrossata puo' comprimere l'uretra ed ostacolare il passaggio dell'urina. La conseguenza che ne deriva é un indebolimento del getto minzionale, il paziente é sovente incapace di svuotare completamente la vescica dove rimane un residuo di urina. Il paziente deve svuotare frequentemente la vescica in piccole porzioni e spesso deve alzarsi piu' di una volta per notte per urinare.

La muscolatura vescicale si ispessisce (ipertrofia del muscolo detrusore) e diviene iperattiva a causa dell'aumentato carico di lavoro per far defluire l'urina. L'ipertrofia del detrusore e l'iperattività vescicale causano disturbi irritativi con stimolo urinario impellente, non posticipabile (urgenza). L'IPB non provoca la presenza di sangue nelle urine, nello sperma e non provoca dolori nella regione genitale durante la minzione.

Diagnosi di IPB

L'IPB viene diagnosticata generalmente dal medico di famiglia sulla base dei disturbi minzionali e dall'ingrossamento della ghiandola riscontrabile alla palpazione rettale. Il medico di base a sua discrezione puo' inviare il paziente dall' urologo per ulteriori accertamenti quali la flussometria con determinazione ecografica del residuo postminzionale. Pazienti con un'ostruzione importante hanno un cattivo flusso minzionale (< 5 ml/ sec) accompagnato sovente da un residuo postminzionale superiore ai 100 ml. Un' indagine ancor piu' precisa per valutare il grado di ostruzione é l'esame della flussometria in rapporto alla pressione (pressure flow) con la misurazione contemporanea del flusso urinario, della pressione intravescicale e di quella rettale. A discrezione dell'urologo verrà eseguita o meno una cistoscopia, generalmente con cistoscopio flessibile in anestesia locale. La cistoscopia permette di valutare la forma e la lunghezza della prostata, lo spessore della parete vescicale e possibili anomalie intravescicali (calcoli vescicali).

Terapia dell' IPB

Se il paziente non é soggettivamente limitato nella qualità di vita ed i reperti obiettivi sono di lieve entità, l'urologo puo' optare per un periodo di osservazione (i disturbi dell'IPB possono rimanere stabili per anni). Se il paziente é invece soggettivamente limitato nella qualità di vita ed i reperti obiettivi di lieve entità, l'urologo puo' prescrivere una terapia medica. I medicinali piu'

frequentemente usati sono gli alfabloccanti, (come Xatral, Hytrin e Pradif). Gli alfabloccanti inducono un rilassamento della muscolatura della prostata e del collo vescicale, provocando una diminuzione della resistenza al deflusso dell'urina. Il paziente può così svuotare la vescica più facilmente.

Indicazioni assolute per un intervento alla prostata sono: ritenzione urinaria cronica (incapacità di svuotamento completo della vescica), infezioni urinarie recidivanti con residuo urinario vescicale, importante volume residuo urinario che può compromettere la funzione renale.

L'adenomectomia prostatica transaddominale (retropubica o transvescicale), la forma meno recente - di trattamento, è invasiva e riservata esclusivamente a prostate molto grandi. L'operazione classica dell'IPB rimane l'elettroresezione transuretrale (TUR-P). La maggior parte della prostata viene resecata sotto forma di frustoli, evacuati tramite l'uretra, consentendo una buona disostruzione. Gli svantaggi di tale operazione consistono nell'emorragia intraoperatoria e nell'eiaculazione retrograda (eiaculazione nella vescica).

Con le tecniche più recenti, quali il trattamento con il laser o la termoterapia, promettono risultati si sono ottenuti incoraggianti per la cura dell'IPB. Questi nuovi strumenti a disposizione hanno risultati differenti e non tutti sono paragonabili. (Il laser a nostra disposizione è del tipo Olmio, con vaporizzazione del tessuto a contatto). L'intervento con il laser ha il vantaggio di essere selettivamente incruento, con minimo sanguinamento. Il trattamento con il laser è una buona opzione per le prostate relativamente piccole che causano un'ostruzione uretrale.

La termoterapia si fonda sul principio di riscaldamento della prostata tramite microonde. Con l'apparecchio a disposizione nella nostra clinica la temperatura nella prostata è innalzata sino a circa 80° C. Contemporaneamente la mucosa uretrale viene raffreddata al fine di mantenerla intatta. La termoterapia causa un rigonfiamento iniziale della prostata (il paziente necessita del catetere per alcuni giorni), seguito poi da una riduzione del volume prostatico e quindi da una disostruzione. Il vantaggio della termoterapia consiste nella sua semplicità; può venire eseguita in maniera ambulatoriale in anestesia regionale. La tecnica è molto promettente ed i risultati dopo 2 - 3 anni sono buoni.

Carcinoma della prostata

È il carcinoma più diagnosticato nell'uomo oltre i 40 anni.

Non ogni carcinoma prostatico limita la qualità o la durata di vita. La diagnosi si basa sull'esame rettale, il dosaggio del valore dell'antigene specifico della prostata (PSA) nel sangue e in casi sospetti sulla biopsia. Il PSA viene prodotto unicamente nelle cellule prostatiche. Valori patologicamente elevati del PSA vengono riscontrati in carcinomi, iperplasia prostatica benigna e prostatite. L'antigene non è quindi specifico unicamente per il carcinoma. Ogni reperto sospetto alla palpazione rettale per carcinoma, indipendentemente dal valore PSA, dovrebbe essere esaminato con biopsia ad ago sottile. La probabilità di riscontrare un carcinoma prostatico presso pazienti con un esame rettale normale ed un lieve innalzamento del valore PSA nel siero (PSA 4 - 10 ng/ml) è di circa il 30%. In questi casi la biopsia è indicata anche in presenza di un reperto non sospetto alla palpazione, a condizione che ne scaturisca una conseguenza terapeutica. Il trattamento con prostatectomia radicale è l'indicazione più frequente qualora l'aspettativa di vita sia di almeno 10 anni. Con un valore PSA tra 4 e 10 ng/ml un controllo annuale del PSA e della palpazione rettale è consigliabile.

Terapia prostatectomia radicale

L'asportazione della prostata, delle vescicole seminali e dei linfonodi regionali é la forma di trattamento riconosciuta per il trattamento del carcinoma prostatico localizzato. Anche nei casi in cui il carcinoma raggiunge o infiltra la capsula prostatica si ottengono dei tassi di sopravvivenza dei pazienti ai 5 anni di oltre il 90%. In molti casi la mortalità operatoria e le complicazioni postoperatorie sono minime. Un miglioramento dei risultati a lungo termine con radioterapia o terapia ormonale postoperatoria é contestato. Studi prospettici sono in corso.

Terapia ormonale

Il trattamento é indicato nei pazienti sintomatici per carcinoma con metastasi o localmente avanzato non é dimostrato. Il vantaggio di una terapia precoce, al momento della diagnosi di un carcinoma asintomatico e localmente non piu' curabile, rispetto ad un trattamento antiandrogeno differito al momento dell'insorgenza di sintomi.

L'orchietomia sottocapsulare (castrazione) conserva, nonostante nuove forme terapeutiche di trattamento antiandrogeno, una posizione di privilegio. Essa ha il vantaggio, rispetto a tutte le altre forme di terapia ormonale, di garantire una deprivazione ormonale vita natural durante. Effetti collaterali quali le vampate di calore insorgono sino nel 70% dei casi; possono però essere trattate con farmaci.

Analoghi del fattore di rilascio dell'ormone luteinizzante (LHRH) portano a risultati equivalenti all'orchietomia o alla terapia con estrogeni per quanto concerne il controllo ormonale. Esistono in commercio diversi farmaci (acetato di triptorelin, Goserelin, ecc.). All'inizio della terapia la secrezione di testosterone viene stimolata per un breve periodo. In circa 10% dei pazienti puo' insorgere un "flare up" (fiammata) del tumore. Perciò 2 settimane prima dell'inizio della terapia con un analogo LHRH bisogna iniziare la cura con un antiandrogeno (vedi sotto) come Androcur® o Casodex® e proseguirla parallelamente alla terapia con gli analoghi LHRH per ulteriori 2 settimane.

La terapia con *estrogeni* é equivalente all'orchietomia. Si somministra per bocca avviene difosfato di estradiolo a dosi quotidiane oppure fosfato di poliestradiolo per via intramuscolare mensilmente. Un effetto collaterale obbligato, come nell'orchietomia, é l'impotenza erettile. La ginecomastia (aumento di dimensioni della ghiandola mammaria) puo' venire impedito con l'irradiamento delle ghiandole mammarie. La ritenzione d'acqua nei tessuti viene trattata con diuretici. Il grosso svantaggio di tale terapia é la complicazione tromboembolica, che ha messo in secondo piano questa terapia e il vantaggio degli analoghi LHRH. Con un dosaggio per bocca minore di 2 mg o somministrazione intramuscolare mensile tale complicazione é divenuta piu' rara.

Gli Antiandrogeni agiscono direttamente sulla cellula del carcinoma prostatico. Cio' porta ad una riduzione consecutiva del testosterone sierico con diminuzione del libido ed dell'erezione.

Libido e potenza erettile generalmente rimangono conservate perlomeno nella fase iniziale. Non é provato se l'effetto di una monoterapia con antiandrogeni, assunti a dosaggio sufficiente e continuamente, sia equivalente all'orchietomia o agli analoghi LHRH. Cio' tenendo conto quindi non dovrebbe venire impiegata come terapia standard.

Una terapia combinazione orchietomia / estrogeni con analoghi LHRH non porta a migliori risultati rispetto alla monoterapia, in quanto i meccanismi d'azione sulla sintesi di testosterone testicolare sono simili.

Nuovi approcci terapeutici come la *terapia antiandrogena intermittente e la brachiterapia* (introduzione di sostanze radioattive nella prostata) sono in sviluppo e debbono venire considerate ancora sperimentali, nonostante i risultati incoraggianti.

Prostatite acuta

Questa malattia della prostata inizia con febbre, brividi, lombalgia, dolore perineale, stimolo minzionale frequente (presente anche la notte) accompagnato da bruciore minzionale, e scadimento delle condizioni generali con sensazione di malattia. La prostata risulta dolente, molle, congestionata alla palpazione rettale. In seguito all'istituzione di un trattamento antiinfettivo, si constata nella maggior parte dei casi un rapido miglioramento della sintomatologia. Indagini strumentali sono da evitare. In presenza di gravi disturbi minzionali o ritenzione vescicale può rendersi necessaria il posizionamento di un drenaggio soprapubico. Il catetere transuretrale è controindicato.

Prostatite cronica (sindrome della prostatite)

La sua incidenza è elevata. Si stima che circa il 35% della popolazione maschile si ammalerà nel corso della propria esistenza di "prostatite". Nella sindrome della prostatite la forma cronicobatterica compare in circa 5% dei casi, nel 65% è abatterica e nel 30% trattasi di prostatodinia.

Nella forma batterico-cronica predominano i disturbi minzionali irritativi, la febbre è rara. Talvolta i pazienti accusano disturbi connessi con l'eiaculazione e si possono riscontrare tracce di sangue nello sperma. La palpazione rettale, la cistoscopia, le indagini radiologiche e sonografiche non sono specifiche. Spesso si riscontrano calcoli nella prostata. La prostatite batterica cronica è caratterizzata da un numero significativo di germi nel secreto prostatico. La terapia di prima scelta consiste in una cura antibiotica a lungo termine (cicli di 4 settimane). Una cura con antiflogistici (antiinfiammatori) apporta spesso rapidamente sollievo.

La prostatite abatterica è molto più frequente di quella cronica-batterica e causa gli stessi disturbi. L'urina è sterile; il secreto prostatico contiene un numero di leucociti e di macrofagi lievemente aumentato, ma è privo di batteri. I germi responsabili sono verosimilmente micoplasmi e clamidie. Un tentativo di trattamento con tetracicline è giustificato. La cura del partner sessuale è obbligatoria.

La cosiddetta prostatodinia colpisce soprattutto giovani uomini nella fascia d'età compresa fra la II. e IV. decade di vita. Predominano i dolori supra-, retro-sinfisari e perineali. La minzione è frequente ed impellente, sussiste un dolore eiaculatorio. Tutti gli esami sono senz'altro normali, il sedimento urinario è normale, il secreto prostatico è sterile. La terapia è difficile, gli antibiotici non sono indicati. Nel caso di dolori fastidiosi si possono prescrivere urospasmodici.