

L'ingrossamento della prostata

Introduzione

La prostata è una ghiandola appartenente all'apparato genitale maschile, che produce il liquido seminale, ossia il fluido lattescente che nutre e trasporta gli spermatozoi durante l'eiaculazione. Si trova sotto la vescica ed è attraversata dall'uretra – il canale che porta l'urina dalla vescica all'esterno. Quando si ingrossa, la prostata esercita una pressione sull'uretra e sul collo della vescica, causando difficoltà nell'urinare.

Molti uomini vanno incontro ad un periodo di ingrossamento della prostata tra i 40 ed i 60 anni. In questa fase, le cellule della parte centrale della ghiandola si riproducono più rapidamente e questo causa un ingrossamento. Parallelamente a questo aumento di volume, si sviluppa una compressione sull'uretra che ostacola il flusso dell'urina.

Il trattamento dell'ingrossamento prostatico dipende dall'entità dei segni e dei sintomi che si presentano e include terapie farmacologiche, chirurgiche e non chirurgiche. L'ingrossamento della ghiandola non ha alcuna relazione con l'insorgenza del cancro della prostata.

Segni e sintomi

L'ingrossamento prostatico varia per gravità da caso a caso e non sempre costituisce un problema di carattere medico. Solo la metà circa degli uomini che hanno la prostata ingrossata vanno incontro a sintomi che diventano evidenti o fastidiosi al punto da indurli a richiedere un trattamento medico. Questi segni e sintomi possono includere:

- indebolimento del getto dell'urina
- difficoltà ad iniziare ad urinare
- interruzioni durante il flusso
- sgocciolamento al termine
- necessità di “spingere” per ottenere il flusso
- stimolo ad urinare frequente
- presenza di stimoli che risvegliano durante il sonno
- stimolo impellente ad urinare
- incapacità di svuotare completamente la vescica
- presenza di sangue nell'urina (ematuria)
- infezioni delle vie urinarie

Cause

Alla nascita, il volume della prostata è pari ad un pisello. Aumenta leggermente di volume durante l'infanzia e quindi alla pubertà va incontro ad una fase di crescita rapida. A 25 anni, la prostata è completamente sviluppata, con le dimensioni di una castagna.

La medicina non è ancora in grado di definire esattamente quali siano le cause dell'ingrossamento della prostata. Si pensa che, con l'invecchiamento, si modifichi il rapporto tra gli ormoni maschili (testosterone) e femminili (estrogeni) e che questo stimoli la prostata ad ingrossarsi. Secondo un'altra teoria, con il passare degli anni, la ghiandola risponderrebbe di più anche a normali livelli di ormoni maschili, crescendo più rapidamente.

Fattori di rischio

I principali fattori di rischio per l'ingrossamento della prostata includono:

- **L'invvecchiamento.** L'ingrossamento prostatico è raramente in grado di causare segni e sintomi in uomini al di sotto dei 40 anni, ma circa la metà degli uomini verso i 60 anni lamenta qualche forma di disturbo.
- **L'ederitarietà.** Una storia familiare di ingrossamento prostatico meritevole di trattamento può aumentare la possibilità di sviluppare lo stesso tipo di problema.
- **Razza.** L'ingrossamento prostatico è molto più comune negli uomini di razza bianca e nera, mentre è più rara fra gli asiatici.

Quando ricorrere all'aiuto del medico

In caso di evidenti disturbi ad urinare, bisogna parlarne con il medico. Egli può determinare se vi sia realmente un ingrossamento prostatico e se i sintomi debbano indurre ad ulteriori accertamenti e terapie. Se non si riesce ad urinare del tutto, il ricorso alle cure mediche deve essere immediato.

Se gli eventuali sintomi non sono così fastidiosi e non costituiscono un rischio per la salute, può essere che non sia necessaria alcuna terapia. In ogni caso, questi sintomi dovranno essere comunque valutati da un medico, che escluderà che possano essere causati da un'altra malattia, come ad esempio un calcolo all'interno della vescica, un'infezione locale, effetti collaterali di farmaci, insufficienza cardiaca, diabete, disturbi neurologici, infiammazione della prostata (prostatite) o tumore maligno.

Accertamenti e diagnosi

La valutazione di un ingrossamento prostatico generalmente include:

- **Una serie dettagliata di domande sui sintomi.** Il medico vorrà anche sapere se si soffre di altre malattie, eventuali cure che si stanno facendo e se vi sia una storia familiare di disturbi prostatici. I farmaci da banco, come l'aspirina, gli anti-acidi ed i decongestionanti nasali sono dei farmaci, quindi devono essere segnalati al medico. Il medico può farvi compilare autonomamente un questionario sui sintomi.
- **L'esplorazione rettale.** Indossando un guanto e utilizzando del lubrificante, il medico inserisce un dito nel retto. Siccome la prostata si trova immediatamente davanti alla parete anteriore del retto, per questa via è molto agevole determinare il volume della ghiandola ed altre sue caratteristiche, come la presenza di irregolarità sospette per tumore maligno.
- **L'esame delle urine.** Questo esame è in grado di indirizzare alla presenza di un'infezione o di altre condizioni in grado di causare sintomi simili, come un'infiammazione della prostata (prostatite), una infezione vescicale od una malattia renale.
- **Il dosaggio del PSA.** Questo esame di sangue è oggi richiesto quasi sempre in caso di presunti problemi prostatici, almeno dopo i 50 anni di età. Nell'ingrossamento prostatico benigno, il PSA può variare da valori normali a lievemente elevati. Sta quindi allo specialista giudicare se vi sia il sospetto di un tumore maligno, utilizzando ulteriori accertamenti (vedi la sezione dedicata al carcinoma prostatico).

Altri accertamenti che il vostro medico potrà richiedere per confermare la diagnosi:

- **Ecografia trans-rettale.** Questa indagine è utile per stimare il volume della ghiandola e per diagnosticare o valutare un tumore maligno. Dopo l'applicazione di un gel lubrificante,

viene inserita la sonda dell'ecografo, che ha la forma e le dimensioni all'incirca di un grosso sigaro. Gli ultrasuoni riflessi dalla prostata creano un'immagine della ghiandola. L'indagine dura circa cinque minuti e non è dolorosa, anche se ovviamente comporta una certa pressione fastidiosa.

- **Flussometria.** Questa indagine valuta la forza del getto dell'urina e la sua quantità emessa in una normale minzione. Si esegue urinando nel raccoglitore di uno speciale strumento. L'indebolimento del getto è perlopiù associato ad un'ostruzione dell'uretra causato dalla prostata, sebbene vi possano essere altre cause da differenziare (restringimenti dell'uretra, indebolimento della muscolatura vescicale).
- **Indagine urodinamica.** (studio pressione/flusso). Con questa indagine, si valuta la pressione che si sviluppa all'interno mentre si urina. Completa quindi ed approfondisce i dati della flussometria. Dopo l'applicazione di un anestetico locale, viene inserito nell'uretra un sottilissimo catetere che arriva in vescica. Attraverso di questo, la vescica viene gradualmente riempita di soluzione sterile, permettendo di valutare le pressioni che si determinano all'interno della vescica stessa. Alla percezione dello stimolo, è possibile urinare spontaneamente, poiché l'uretra è occupata solo in minima parte. E' quindi possibile proseguire la misurazione della pressione. Questa indagine è in genere riservata a casi atipici o pazienti relativamente giovani, in cui non vi è correlazione tra entità dei sintomi ed ingrossamento prostatico.
- **Valutazione del residuo di urina.** Se la minzione è difficoltosa, tipicamente la vescica non riesce a svuotarsi completamente. L'entità di questo residuo è molto utile per perfezionare la diagnosi. In genere, il residuo viene valutato in modo non invasivo con l'ecografia.
- **Cistoscopia.** L'indagine endoscopica in anestesia delle basse vie urinarie è riservata a situazioni complesse, in cui deve essere esclusa con certezza la presenza di tumori vescicali. Questo avviene in particolare quando la presenza di sangue nelle urine è significativa.
- **Urografia/TAC.** Si tratta di indagini radiologiche effettuate con iniezione endovenosa di mezzo di contrasto. Le indicazioni sono alquanto rare, sempre riservate a casi complessi.

Complicazioni

L'ingrossamento della prostata diviene una grave minaccia per la salute se l'impaccio ad urinare diventa francamente importante. Una vescica che non si svuota mai può deteriorare la qualità del sonno, causare infezioni urinarie ricorrenti ed addirittura portare ad un danno renale. I portatori di un ingrossamento prostatico sono soggetti al rischio di:

- **Ritenzione urinaria acuta.** Si tratta di una situazione d'emergenza, dovuta alla completa impossibilità di urinare, che causa prima senso di tensione e quindi violento dolore al basso ventre. La situazione può essere risolta solo con l'inserimento di un catetere da parte di personale specializzato.
- **Infezione delle basse vie urinarie.** Queste situazioni sono dovute alla contaminazione batterica del residuo vescicale. Possono causare l'ulteriore accentuarsi dei disturbi, associati a bruciore, dolore e febbre elevata.
- **Calcoli della vescica.** Si formano in condizioni di residuo di urine infette. Il calcolo si accresce su detriti locali oppure, in soggetti predisposti, su piccoli calcoli provenienti dai reni, che non riescono ad essere espulsi all'esterno per lo stesso restringimento dell'uretra.
- **Sofferenza della muscolatura vescicale.** In condizioni di residuo perdurante da molto tempo, le pareti della vescica si sfiancano. Il miglioramento dopo un eventuale intervento può non essere completo.
- **Insufficienza renale.** Nelle stesse condizioni, il deflusso dell'urina dai reni può essere ostacolato, fino a causare alla lunga una dilatazione ed una grave insufficienza renale. Un tempo, molti pazienti arrivavano dallo specialista già in queste condizioni compromesse,

tanto che si doveva mantenere il catetere a permanenza per un certo periodo prima di poter provvedere all'intervento chirurgico.

Terapia

La scelta della terapia nell'ingrossamento prostatico è modulata dai segni e dai sintomi, nonché dalla gravità dei medesimi. Se i problemi sono significativi, con presenza di sangue nelle urine, infezioni ricorrenti, presenza di danno vescicale o renale, è molto probabile che si debba ricorrere ad un intervento. Invece, se la prostata è ingrossata ma i sintomi sono molto lievi, può non essere necessario alcun tipo di trattamento.

La scelta dei possibili trattamenti è molto vasta, comprendendo farmaci, interventi operativi endoscopici e chirurgici classici, terapie mini invasive..

Farmaci

Costituiscono l'approccio più comune per il controllo dell'ingrossamento prostatico e includono:

- **Gli alfa-bloccanti.** Si tratta di farmaci inizialmente utilizzati per l'ipertensione arteriosa, che hanno dimostrato di essere in grado di rilassare la muscolatura che circonda il collo della vescica, rendendo più agevole la minzione. Attualmente i farmaci di più frequente prescrizione sono la terazosina (Teraprost®, Urodie®, Unoprost® ed altri), la doxazosina (Benur®), tamsulosina (Pradif®, Omnic®), la alfuzosina (Xatral®). Non vi sono grandi differenze oggettive tra un farmaco e l'altro, d'ogni modo è probabile che ogni paziente possa trovarsi meglio con un farmaco piuttosto che un altro. L'efficacia della terapia è molto rapida, ovviamente si tratta di farmaci che agiscono unicamente sui sintomi e il beneficio si esaurisce se la terapia viene interrotta. Tutti i farmaci possono dare un lieve abbassamento della pressione del sangue, che può talora essere comunque fastidioso in taluni soggetti, in particolare nei mesi estivi. La terapia deve essere interrotta in previsione di interventi di chirurgia sull'occhio.
- **Gli inibitori enzimatici.** Si tratta di sostanze in grado di interferire con il metabolismo della ghiandola prostatica, che possono ridurre ed anche invertire la tendenza all'ingrossamento. L'efficacia è comunque assai variabile, più sensibile in prostate già piuttosto voluminose. La finasteride (Proscar®, Prostide®, Finastid®) è in uso già da molti anni, più recente l'introduzione della dutasteride (Avodart®) con le stesse indicazioni ed effetti simili. Questi farmaci, esercitando un'azione sugli ormoni, raramente sono in grado di causare una riduzione del desiderio sessuale e della qualità dell'erezione. Si tratta di terapie a lungo termine, un miglioramento dei disturbi si può attendere non prima di alcuni mesi. Per questo motivo oggi questi farmaci vengono spesso associati agli alfa-bloccanti in una terapia combinata in grado di dare risultati più rapidi. Finasteride e dutasteride influiscono sulla produzione del PSA, riducendone i valori di circa la metà, fatto da tenere ben presente nell'interpretazione nel dosaggio nel sangue di questa sostanza.
- **Gli estratti vegetali.** Queste sostanze hanno avuto in passato una grande popolarità, ora parzialmente offuscata dalla disponibilità di farmaci sintomatici rapidamente efficaci. Il meccanismo d'azione non è completamente chiaro, certamente esercitano un'azione a grandi linee simile a quella della finasteride, con la quale non condividono però gli effetti sulla sfera sessuale. Oggi sono disponibili varie forme di estratti della palma nana (Permixon®), del pygeum africanum (Pygenil®).

Interventi operativi

Fino a 20-25 anni fa costituivano l'unica possibilità per dare sollievo ai disturbi dovuti all'ingrossamento prostatico. Con la disponibilità di farmaci efficaci, l'intervento viene oggi consigliato quando la terapia medica non risulta sufficientemente efficace, oppure in presenza di complicazioni, come

- infezioni recidivanti;
- ripetuti episodi di ritenzione acuta;
- calcoli della vescica;
- presenza di sangue nelle urine;
- danno renale da ritenzione cronica.

L'intervento è ovviamente la più efficace di tutte le terapie per ottenere un miglioramento dei sintomi. Parimenti, è in grado di causare significativi effetti collaterali, comunque piuttosto rari. Ovviamente, è necessaria un'anestesia (perlopiù periferica), che in taluni casi può porre controindicazioni in soggetti con altri gravi problemi di salute. E' altresì necessaria una degenza in ospedale, variabile a seconda del tipo di intervento e tendenzialmente in riduzione progressiva. Dopo qualsiasi tipo di intervento, il miglioramento non viene percepito immediatamente, anzi taluni disturbi possono transitoriamente accentuarsi. In genere, la situazione si stabilizza entro 30-40 giorni. Tutti gli interventi eseguiti sul collo vescicale portano ad una netta riduzione dell'emissione all'esterno del liquido seminale, dovuta al fatto che lo stesso trova più libero sfogo verso la vescica che verso l'uretra. Si ha la cosiddetta "eiaculazione retrograda", che non causa alcun reale problema fisico, ma che comporta ovviamente la perdita della fertilità. Questa condizione irreversibile, viene chiaramente spiegata al paziente e talora, nei soggetti più giovani, condiziona le stesse indicazioni all'intervento stesso.

Gli interventi più comuni sono quelli che comportano una effettiva asportazione di tessuto prostatico, con creazione di una "svasatura" del collo vescicale. L'intervento praticato più di frequente è la resezione endoscopica, nelle sue varie modalità tecniche, che costituisce oggi lo standard di riferimento. In caso di ghiandole molto ingrossate vi sono tuttora indicazioni all'intervento a cielo aperto.

- **Resezione endoscopica trans-uretrale (TURP).** In anestesia, viene inserito attraverso l'uretra uno strumento con il quale il chirurgo, sotto controllo visivo, asporta la parte di tessuto prostatico che ostruisce il collo vescicale. Vi sono molte modalità tecniche di esecuzione, utilizzando vari tipi di sonde e di energia, l'intervento assume quindi denominazioni lievemente diverse, come elettro-vaporizzazione (TUVaP), resezione vaporizzante (TURVaP), eccetera. Il tessuto resecato cade in vescica, da dove viene in seguito asportato completamente. Al termine dell'intervento viene inserito un catetere, che viene mantenuto in genere per circa 48 ore. E' normale che vi possa essere un sanguinamento di modesta entità, per questo nelle prime ore, attraverso il catetere viene effettuato un lavaggio continuo con soluzione sterile. Dopo la rimozione del catetere, le prime minzioni possono essere piuttosto fastidiose, con bruciore, lieve dolore, urine rosate, specie verso il termine. Gli stimoli possono essere piuttosto frequenti. Questi disturbi irritativi sono comunque destinati a ridursi già entro due-tre giorni, le dimissioni avvengono in genere 12-24 ore dopo la rimozione del catetere, in assenza di complicazioni. Il deciso aumento del flusso dell'urina è il primo vantaggio ad essere apprezzato, la frequenza, il bruciore ed il colore delle urine si stabilizzano in tempi più lunghi. Talora, si può anche manifestare una lieve incontinenza, perlopiù transitoria, che raramente necessita di provvedimenti. La completezza della resezione è variabile da operatore ad operatore, d'ogni

modo non è inverosimile che in tempi molto lunghi (15 anni e più) si possa avere la ricrescita di tessuto prostatico ostruente, tanto rendersi necessario un secondo intervento.

- **Intervento chirurgico (adenomectomia).** Nell'intervento chirurgico a cielo aperto, viene asportata completamente la parte di prostata andata incontro ad ingrossamento, il cosiddetto "adenoma". Questo avviene in genere attraverso il pavimento della vescica, attraverso cui protrude la prostata ingrossata, pertanto si parla di "adenomectomia trans-vescicale". L'adenoma viene letteralmente "snocciolato", lasciando in sede la capsula, costituita dalla tessuto prostatico residuo compresso perifericamente. La chirurgia tradizionale si riserva oggi a situazioni di ingrossamento di notevoli dimensioni, per i quali la via endoscopica sarebbe sì possibile, ma comporterebbe tempi operatori troppo lunghi ed il rischio di lasciare troppo tessuto residuo. L'evoluzione post-operatoria è del tutto simile a quella dell'intervento endoscopico, a parte il fatto che il catetere deve essere mantenuto in sede per almeno 5 giorni.
- **Interventi con il laser.** La disponibilità di questa nuova fonte di energia ha portato all'ideazione di nuovi tipi di intervento, eseguiti per via endoscopica. Il laser ha diverse modalità di applicazione, che permettono alternativamente di vaporizzare o resecare il tessuto. Ghiandole di piccole dimensioni possono essere trattate con la vaporizzazione, mentre in prostate più voluminose il tessuto viene più propriamente "scolpito" utilizzando la fibra laser, ottenendo risultati analoghi alla resezione, ma anche alla stessa adenomectomia, con sanguinamento molto ridotto. Dopo questi interventi, il catetere viene mantenuto per un tempo molto breve, tanto che in un futuro assai prossimo si potrà operare in regime di ospedalizzazione diurna buona parte dei casi..

Terapie mini-invasive

Oggi giorno, l'esperienza e i mezzi tecnologici a disposizione hanno ridotto di parecchio i rischi degli interventi sulla prostata. Ciò non toglie che la possibilità di poter trattare l'ingrossamento, o almeno ridurre la sintomatologia, utilizzando metodi meno invasivi abbia sempre suscitato molto interesse, tanto che nel tempo sono state proposte allo scopo numerose tecniche alternative. Questi interventi sono perlopiù basate sull'effetto dell'applicazione di calore al tessuto prostatico. Lo scopo comune è quello di migliorare il flusso aumentando il calibro dell'uretra, ottenuto quando il tessuto riscaldato va in necrosi e quindi viene riassorbito. Nessuna di queste tecniche ha avuto un successo tale da soppiantare gli interventi classici. Possono comunque trovare indicazione in situazioni particolari, in cui vi sono controindicazioni ad un intervento convenzionale, per rischi legati all'anestesia o per scelta del paziente. Tra questi interventi possiamo brevemente ricordare:

- **L'applicazione di micro-onde (TUMT).** Il riscaldamento si attua tramite un particolare catetere il cui apice permette un riscaldamento mirato e controllato. Dopo l'applicazione, un catetere deve essere mantenuto fino a quando il tessuto sottoposto al danno termico è stato riassorbito completamente. Il trattamento non è efficace nelle prostate molto voluminose o con importante salienza all'interno della vescica.
- **L'applicazione di radiofrequenze (TUNA).** Sotto controllo endoscopico e mediante un particolare applicatore, vengono infissi due aghi all'interno del tessuto prostatico, attraverso il quale vengono applicate le radiofrequenze, in grado di indurre un danno termico simile a quello delle micro-onde.
- **Le endoprotesi uretrali.** Sono state realizzate delle particolari protesi tubulari che vengono inserite nel tratto prostatico dell'uretra, permettendo il passaggio dell'urina. Raramente ben tollerate, non possono essere considerate una soluzione definitiva, ma solo una temporanea alternativa al catetere a permanenza. Non è infrequente che sorgano dei grossi problemi al momento della rimozione.

Consigli per i pazienti

Esercitare alcuni cambiamenti nello stile di vita può spesso aiutare a prevenire i sintomi legati all'ingrossamento della prostata e ritardarne il peggioramento. Sarebbe opportuno considerare questi provvedimenti:

- **Limitare l'introduzione di liquidi nelle ore serali.** Evitare di bere nelle due ore precedenti all'andare a letto sarà certamente efficace nel ridurre gli stimoli notturni. C'è comunque da dire che nell'anziano i reni producono più urina durante le ore notturne che durante il giorno.
- **Limitare il caffè e gli alcolici.** Queste sostanze inducono un aumento della produzione di urina, irritano la vescica, aumentando la fastidiosità dei sintomi;
- **Calibrare la terapia diuretica.** Questi farmaci di uso molto comune (ipertensione, problemi cardiologici) possono ovviamente acuire i disturbi aumentando la produzione di urina. Talora il medico curante può scegliere un diuretico diverso o modificare semplicemente l'orario di assunzione.
- **Limitare i decongestionanti nasali e gli anti-istaminici.** Questi farmaci, esattamente al contrario degli alfa-litici, aumentano il tono della muscolatura del collo vescicale.
- **Andare ad urinare non appena si percepisce lo stimolo.** Attendere troppo tempo può creare una distensione della vescica e ridurre le capacità di contrazione.
- **Programmare gli orari delle minzioni.** Urinare ad orari fissi può aiutare a "riabilitare" la vescica. Gli intervalli possono variare tra le 3 e le 5 ore, questo può essere utile in caso di imperiosità.
- **Mantenere uno stile di vita attivo.** La pigrizia favorisce la ritenzione urinaria, anche un modesto esercizio può aiutare a ridurre i sintomi dell'ingrossamento prostatico.
- **Stare al caldo.** Le temperature fredde possono causare la ritenzione urinaria ed aumentare l'imperiosità dello stimolo.

Domande al medico

Quando è necessario pensare ad un intervento chirurgico per l'ingrossamento della prostata?

Le indicazioni ad eseguire un intervento dipendono essenzialmente dalla gravità dei sintomi (intesi come influenza negativa sulla qualità di vita) ed il manifestarsi di complicazioni. I disturbi possono non essere proporzionali all'effettivo volume della prostata, che di per sé non costituisce quindi un metro di giudizio. Se la terapia medica è efficace, può essere proseguita a tempo indefinito.

Gli interventi sulla prostata causano impotenza?

Gli interventi eseguiti per ingrossamento prostatico benigno non interferiscono in modo significativo con l'innervazione genitale, quindi non esistono presupposti perché causino impotenza. Per contro certamente causano la riduzione o l'assenza di eiaculazione, con relativa perdita della fertilità, ovvero la capacità di generare figli. Questo, ripetiamo, non ha alcuna influenza sull'erezione, la sensibilità e l'orgasmo.

Perché più la vescica è piena e più faccio fatica ad urinare?

Quando la vescica è molto distesa, la forza di contrazione della muscolatura vescicale si riduce. Questo accade normalmente per un principio fisico ben noto, diventa ancora più evidente quando la contrazione è già alterata e vi è una significativa ostruzione legata alla prostata ingrossata.

L'ingrossamento benigno della prostata può causare un aumento del PSA?

Il comportamento del PSA nell'ingrossamento benigno è molto variabile, anche se in linea di massima, ghiandole molto voluminose sono più spesso legate a valori superiori alla norma. Per questo motivo, anche in assenza di ulteriori elementi di sospetto, in molti casi solo la biopsia può accertare definitivamente l'assenza di un tumore e dovrebbe quindi essere eseguita prima di un eventuale intervento. In taluni casi, i valori di PSA possono essere davvero molto elevati, quando poi l'esame istologico eseguito sul tessuto asportato conferma una iperplasia assolutamente benigna.