

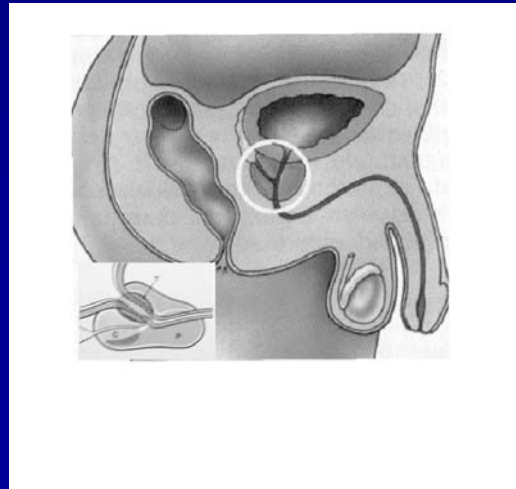
IPERTROFIA PROSTATICA

ANATOMIA DELLA GHIANDOLA PROSTATICA

ORGANO GHIANDOLARE DEL SISTEMA RIPRODUTTIVO MASCHILE

LOCALIZZATO SOTTO LA VESCICA E DAVANTI IL RETTO
PER UN PESO circa 20 gr

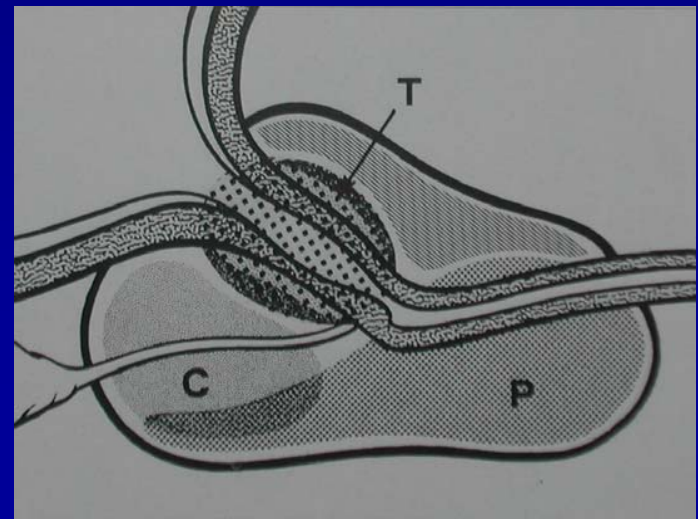
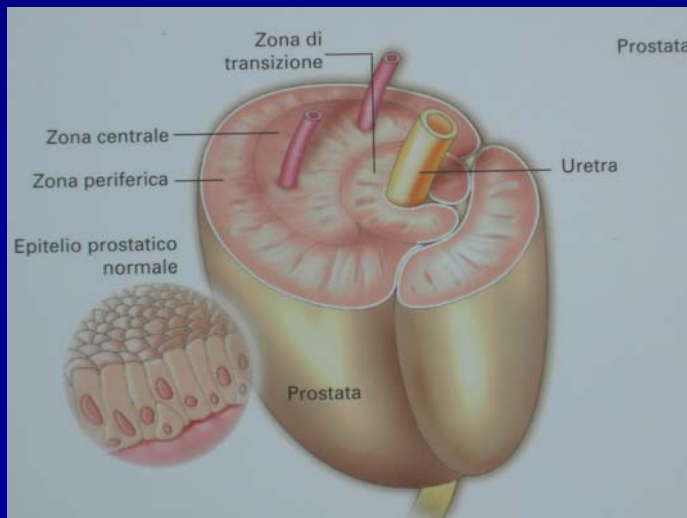
ATTRAVERSATA DA UNA PORZIONE DELL'URETRA IN CUI FUORIESCONO
I DOTTI EIACULATORI



ANATOMIA DELLA ghiandola PROSTATIC

COSTITUITA DA UNA COMPONENTE PARENCHIMALE DI TIPO ghiANDOLARE E DA UNA COMPONENTE STROMALE FIBROMUSCOLARE

SUDDIVISA DA Mc NEAL IN CINQUE SEGMENTI: CENTRALE, TRANSIZIONALE, PERIFERICO, ANTERIORE, SFINTERICO



DEFINIZIONE

CONDIZIONE ISTOLOGICA

CARATTERIZZATA DALL' IPERPLASIA DELLA COMPONENTE PARENCHIMALE E STROMALE DELLA GHIANDOLA PROSTATICA



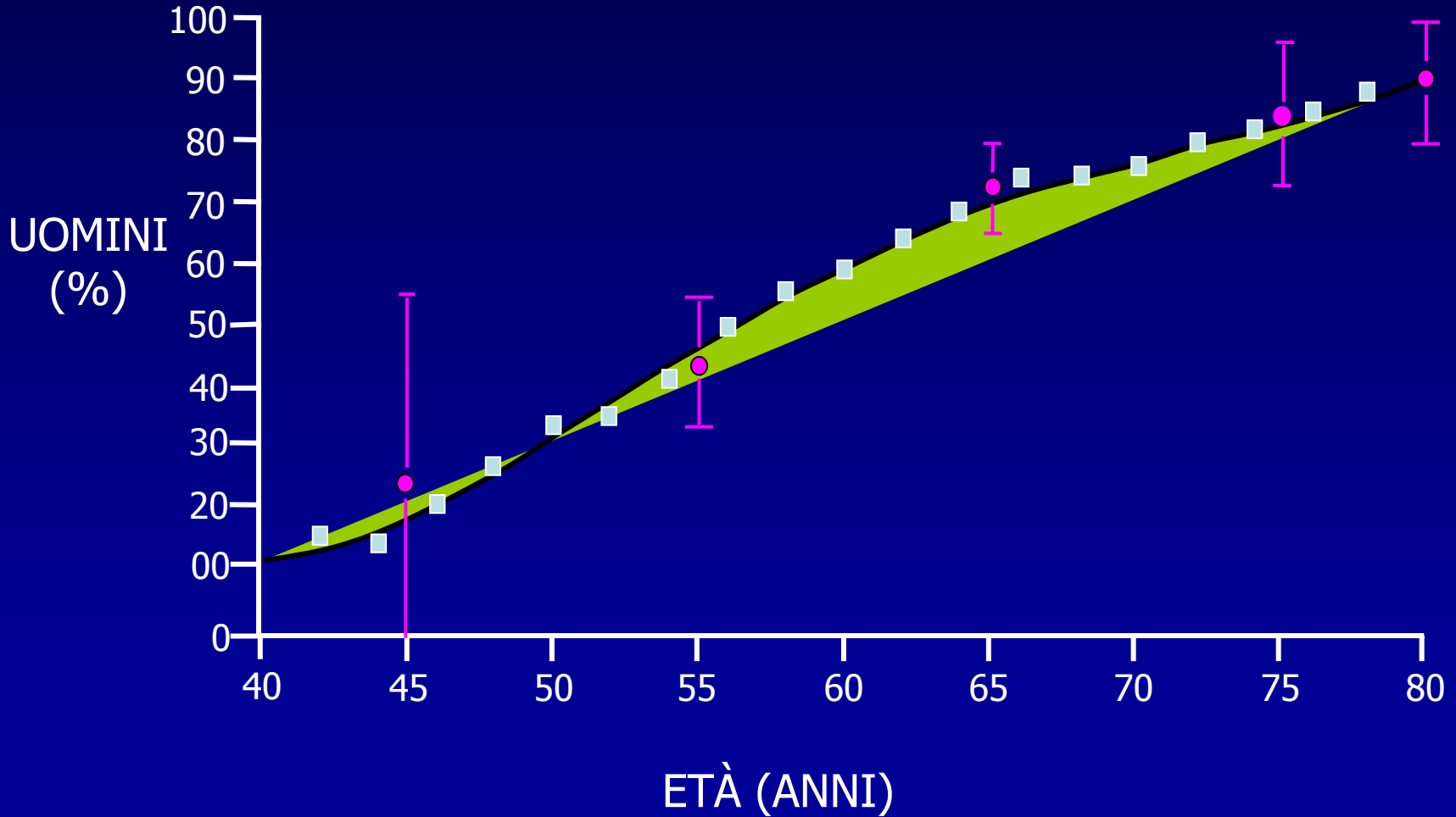
CHE SI ORIGINA NELLA ZONA CENTRALE DELL' ORGANO, DEFINITA ANCHE ZONA DELLE GHIANDOLE PERIURETRALI,

COSTITUENDO NODULI MICROSCOPICI

CHE, AUMENTANDO PROGRESSIVAMENTE DI VOLUME, COMPRIMONO IL LUME DELL' URETRA PROSTATICA

EPIDEMIOLOGIA

EVIDENZA ISTOLOGICA: 8% a 40 anni fino all' 80% a 80 anni



IL TERMINE IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA CLINICA
E' STATO UTILIZZATO PER DESCRIVERE UNA SINDROME
CARATTERIZZATA DA UN INGRANDIMENTO ghiandolare,
SINTOMATOLOGIA RIFERITA AL BASSO APPARATO URINARIO ED
OSTRUZIONE AL DEFLUSSO DELLE URINE

DIFFERENTI COMBINAZIONI DI QUESTE PROPRIETA' POSSONO
RISULTARE IN UN AMPIO SPETTRO DI QUADRI CLINICI

SINTOMI BASSO APP. URINARIO
NO INGRANDIMENTO ghiandola



I.P.B.

EPIDEMIOLOGIA

NELLA PRATICA CLINICA

SOLTANTO IL 30-40% DEI PAZIENTI CON IPERTROFIA PROSTATICA VIENE AVVIATO AD UN' ITER DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO A SEGUITO DI UNA SINTOMATOLOGIA MEDIO-GRAVE

IL RESTANTE 60% DEI PAZIENTI CON IPERTROFIA PROSTATICA PER IL LENTO INSTAURARSI DEI SINTOMI CONVIVE CON LA MALATTIA FAVORENDO IN TAL MODO IL DETERIORAMENTO VESCICALE

EZIOPATOGENESI

MULTIFATTORIALE

MODIFICAZIONI ORMONALI CORRELATE ALL' ETA'

AUMENTO QUOTA ESTROGENICA – RIDUZIONE TESTOSTERONE LIBERO

INCREMENTO DIIDROTESTOSTERONE (DHT)

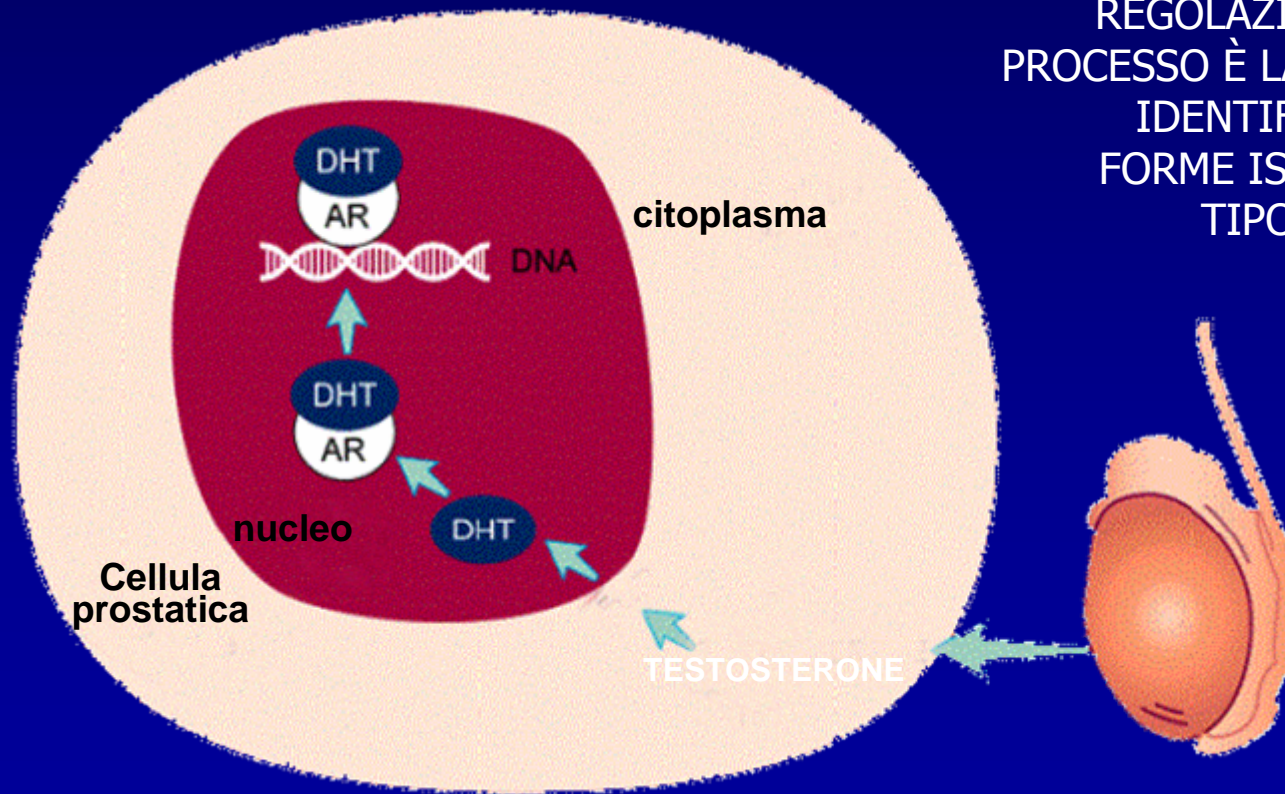
MODIFICAZIONI RECETTORIALI DELLA PROSTATA

AUMENTO RECETTORI ANDROGENICI A LIVELLO STROMALE

MODIFICAZIONI ENZIMATICHE

AUMENTO 5 α REDUTTASI

IL DHT AVVIA LA TRASCRIZIONE GENICA E LA SINTESI
DI DIVERSE PROTEINE REGOLATORIE
TRA CUI I FATTORI DI CRESCITA



UNO DEI FATTORI CHIAVE DI
REGOLAZIONE DI QUESTO
PROCESSO È LA 5 ALFA REDUTTASI,
IDENTIFICATA IN DUE
FORME ISOENZIMATICHE:
TIPO 1 E TIPO 2

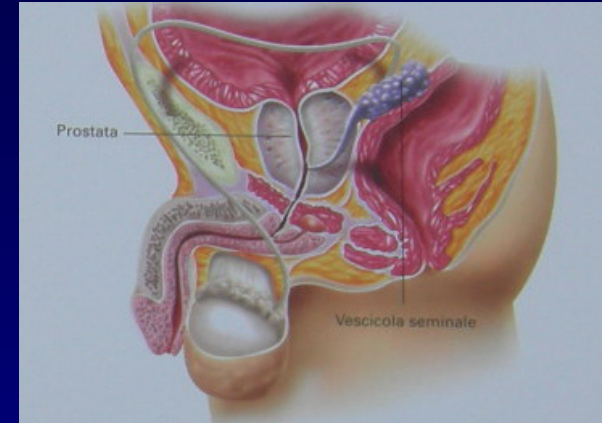
SINTOMATOLOGIA

NON SI CORRELA
AL VOLUME COMPLESSIVO DELLA ghiandola e dell' adenoma

MA RISULTA ESPRESSIONE
DI UN' INTERAZIONE DINAMICA

DELL' ADENOMA DELLA PROSTATA
CON LA FUNZIONE DELL' URETRA, DEL COLLO VESCICALE E DEL DETRUSORE

FATTORI COINVOLTI NELL'INSORGENZA DELLA SINTOMATOLOGIA:



IPERTROFIA DEL LOBO MEDIANO O TERZO LOBO

RIGIDITÀ DEL TESSUTO PROSTATICO PERIURETRALE

ALLUNGAMENTO E DISTORSIONE URETRALE

SECONDARI ALL'AUMENTO VOLUMETRICO IRREGOLARE DELL'ADENOMA

ALTERAZIONE DELLA DISPOSIZIONE DELLE STRUTTURE NERVOSE

A LIVELLO DEL TRIGONO VESCICALE, AREA DELLA VESCICA RESPONSABILE DELLA COMPARSA DELLO STIMOLO MINZIONALE, CON ALTERAZIONE DEL VALORE SOGLIA DELLO STIMOLO STESSO

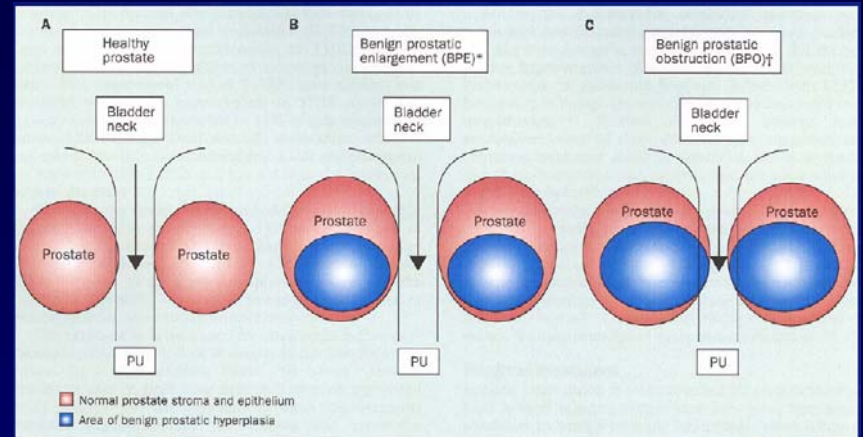
EVOLUZIONE DEL QUADRO SINTOMATOLOGICO IN 3 STADI

STADIO IRRITATIVO

STADIO OSTRUTTIVO

STADIO DELLE COMPLICANZE

STADIO IRRITATIVO

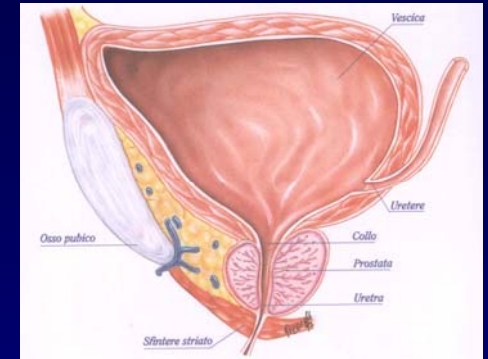


OSTRUZIONE AL DEFLUSSO DELLE URINE BILANCIATA
DA UN INCREMENTO DELLA FORZA CONTRATTILE DEL DETRUSORE

EFFETTO:

FLUSSO URINARIO SOSTANZIALMENTE NELLA NORMA
ASSENZA DI RESIDUO POST - MINZIONALE

STADIO IRRITATIVO : MODIFICAZIONI A LIVELLO VESCICALE



INIZIALE INSPESAMENTO DELLA PARETE DEL DETRUSORE

IPERSENSITIVITÀ VESCICALE PER ALTERAZIONE DELLE TERMINAZIONI NERVOSE TENSOCETTORIE A SEGUITO DELLE ELEVATE PRESSIONI PRESENTI NEL CORSO DELL'ATTO MINZIONALE

PREVALENZA DI UNA SINTOMATOLOGIA DI TIPO IRRITATIVO CON POLLACHIURIA, NICTURIA, URGENZA MINZIONALE

EVOLUZIONE DELLO STADIO IRRITATIVO

AL PERSISTERE DELL'OSTRUZIONE:

RIDUZIONE DEL FLUSSO URINARIO

INCAPACITA' DELLA VESCICA A SOSTENERE UNA CONTRAZIONE AMPIA E PROLUNGATA PER TUTTA LA DURATA DEL MITTO

INCREMENTO DELLA PRESSIONE ADDOMINALE NEL CORSO DELL' ATTO MINZIONALE AL FINE DI MIGLIORARE LO SVUOTAMENTO DELLA VESCICA

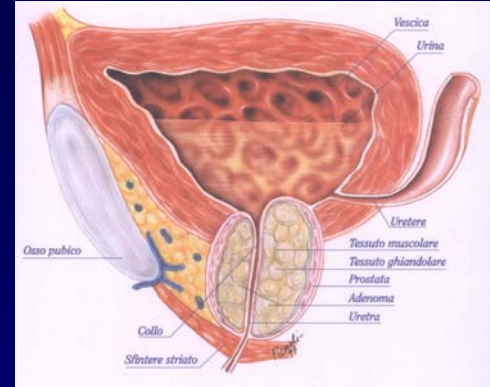
STADIO OSTRUTTIVO

INCAPACITA' DELLA VESCICA A SOSTENERE UNA CONTRAZIONE
ADEGUATA PER TUTTA LA DURATA DELLA MINZIONE
TALE DA CONSENTIRE UN EFFICIENTE SVUOTAMENTO VESCICALE

EFFETTO:

FLUSSO URINARIO RIDOTTO
RESIDUO POST MINZIONALE

STADIO OSTRUTTIVO: MODIFICAZIONI A LIVELLO VESCICALE



FORMAZIONE DI COLONNE MUSCOLARI RILEVATE CHE CONFERISCONO ALLA VESCICA UN ASPETTO TRABECOLATO

ERNIAZIONE DELLA MUCOSA CON FORMAZIONE DI PSEUDODIVERTICOLI

NONOSTANTE UN' AUMENTATA PRESSIONE DEL DETRUSORE IL FLUSSO URINARIO RISULTA RIDOTTO CON COMPARSA DEL RESIDUO POST-MINZIONALE (>1/10 DELLA CAPACITÀ VESCICALE)

PREVALENZA DI UNA SINTOMATOLOGIA DI TIPO OSTRUTTIVO CON MITTO IPOVALIDO, DIFFICOLTÀ AD INIZIARE LA MINZIONE, GOCCIOLAMENTO POST-MINZIONALE, SENSAZIONE DI SVUOTAMENTO INCOMPLETO

STADIO DELLE COMPLICANZE O DELLO SCOMPENSO

RIDUZIONE FORZA CONTRATTILE DEL DETRUSORE

RIDUZIONE DEL FLUSSO DI URINE

PRESENZA DI ELEVATO RESIDUO POST-MINZIONALE

EFFETTO:

FLUSSO URINARIO RIDOTTO

ELEVATO RESIDUO POST MINZIONE

STADIO DELLE COMPLICANZE

POSSIBILE COMPARSA DI EPISODI DI RITENZIONE URINARIA ACUTA CHE SI SOVRAPPONGONO ALLA PRESENZA DI UN'ELEVATO RESIDUO POST-MINZIONALE CRONICO

TALI CONDIZIONI POSSONO ESSERE PRECIPITATE DALLA CONTEMPORANEA ASSUNZIONE DI FARMACI (ANTICOLINERGICI e/o BETA BLOCCANTI)

INFEZIONI DELLE VIE URINARIE (I.V.U.)

INSORGENZA DI PIELONEFRITI DA REFLUSSO VESCICO-URETERO-RENALE

STADIO DELLE COMPLICANZE: MODIFICAZIONI A LIVELLO VESCICALE

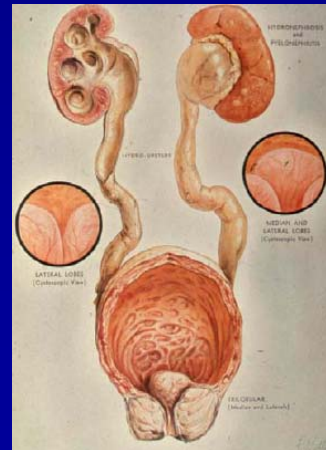
CALCOLOSI VESCICALE

RITENZIONE URINARIA CRONICA FINO ALLA ISCURIA PARADOSSA

MODIFICAZIONI DELLA DINAMICA DELL' ALTA VIA ESCRETTRICE
DA PRESENZA IN VESCICA DI UN ELEVATO RESIDUO URINARIO
CHE OSTACOLA IL DEFLUSSO DELL' URINA DAGLI URETERI IN VESCICA

ALTERAZIONI DAPPRIMA REVERSIBILI (URETEROPIELECTASIA)

SUCCESSIVAMENTE IRREVERSIBILI CON PROGRESSIVO DANNO
RENALE PER ATROFIA DEL PARENCHIMA (IDRONEFROSI)
FINO A RAGGIUNGERE L' INSUFFICIENZA RENALE



EFFETTI DELL' IPERTROFIA DELLA PROSTATA

ALTERAZIONI IRREVERSIBILI DELLA VESCICA

ISPESSIMENTO DELLA PARETE VESCICALE

EMATURIA RICORRENTE

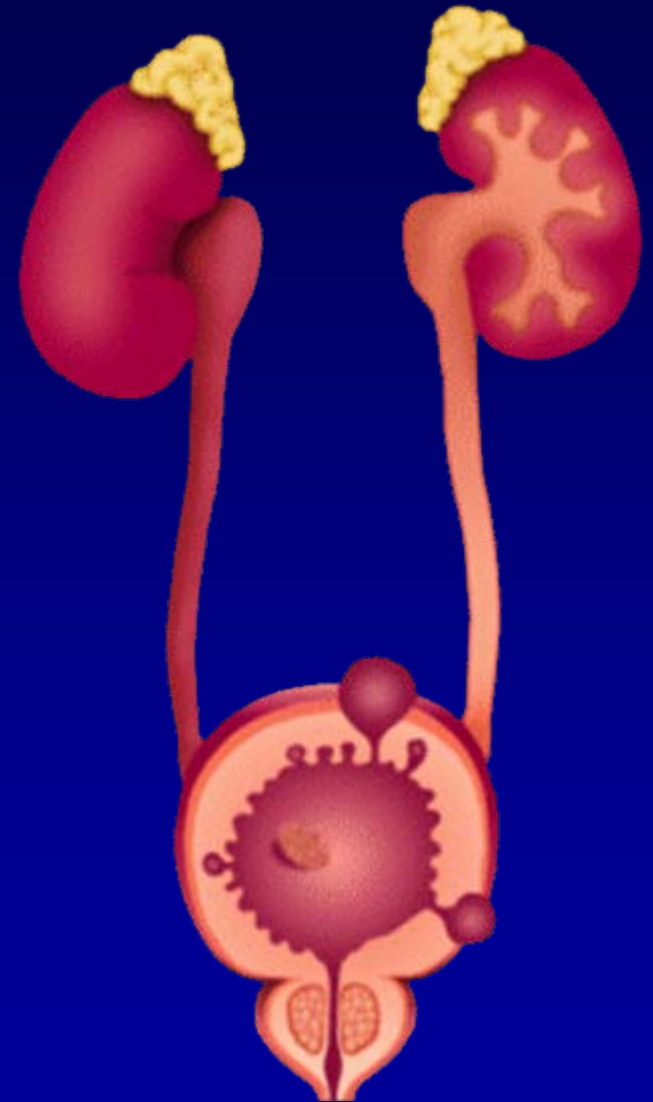
FORMAZIONE DI DIVERTICOLI VESCICALI

INFEZIONI RIPETUTE DEL TRATTO URINARIO

FORMAZIONE DI CALCOLI ALLA VESCICA

DILATAZIONE DEL TRATTO SUPERIORE

COMPROMISSIONE RENALE



DIAGNOSI

DATI ANAMNESTICI

LA RACCOLTA DEI DATI PUO' ESSERE EFFETTUATA:

COLLOQUIO DIRETTO CON IL PAZIENTE
VALUTAZIONE SOGGETTIVA DEI SINTOMI

MEDIANTE L'UTILIZZO DI QUESTIONARI SINTOMATOLOGICI
(INTERNATIONAL PROSTATIC SYMPTOMS SCORE – I.P.S.S.)
VALUTAZIONE OGGETTIVA DELLA SINTOMATOLOGIA MEDIANTE PUNTEGGIO
POSSIBILITA' DI QUANTIFICARE LA QUALITA' DI VITA PERCEPITA DAL PAZIENTE (QoL)

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
AZIENDA OSPEDALIERA "MATER DOMINI"
UNITÀ OPERATIVA DI UROLOGIA
Viale Pio X, 202 - Tel. 081 701600 - 741987 - 88100 Caserta
Direttore: Prof. R. Sacco

ALIA SIMPTOM INDEX: SCALA INTERNAZIONALE DEL PUNTEGGIO SINTOMATOLOGICO

Nei corsi dall'ultima mese	Mai	A volte (meno di 3 su 5)	Mezza della metà della volta	Circa metà della volta	Più della metà della volta	Quasi sempre
Quante volte ha avuto la sensazione di non aver completamente svuotato la vescica dopo la minzione?	0	1	2	3	4	5
Quante volte ha avuto bisogno di urinare di nuovo a meno di due ore dall'ultima minzione?	0	1	2	3	4	5
Quante volte ha osservato intorpidimento e quindi rigescenza della minzione?	0	1	2	3	4	5
Quante volte le è risultata difficile ritardare la minzione?	0	1	2	3	4	5
Quante volte ha osservato un indebolimento del getto d'urina?	0	1	2	3	4	5
Quante volte ha avuto difficoltà a iniziare la minzione?	0	1	2	3	4	5
Nei corsi dall'ultima mese	MAI	1 VOLTA	2 VOLTE	3 VOLTE	4 VOLTE	5 VOLTE
Quante volte ha dovuto alzarsi per urinare?	0	1	2	3	4	5

QUALITÀ DI VITA CONSEGUENTE ALLA SINTOMATOLOGIA URINARIA

Nome	Subordinato	Assunzione moderata	Assunzione moderata	Insufficiente	Subito	Fortemente insufficiente	
Se dovesse trascorrere il resto della sua vita con la sua condizione urinaria, come si sentirebbe?	0	1	2	3	4	5	6

CLASSIFICAZIONE DISTURBI MINZIONALI

SOMMA DEL PUNTEGGIO DOMANDA DA 1 A 7

- ASSENTI: PUNTEGGIO EGUALE A ZERO
- LIEVI: PUNTEGGIO COMPRESO TRA 1 A 7
- MODERATI: PUNTEGGIO COMPRESO TRA 8 E 19
- GRAVI: PUNTEGGIO COMPRESO TRA 20 E 35

Disturbi fase riempimento 1-3-5-6 disturbi fase svuotamento 2-4-7 totale 1-2-3-4-5-6-7

INDICE DELLA QUALITÀ DI VITA IN RAPPORTO ALLA PROPRIA CONDIZIONE URINARIA DI QUEL MOMENTO

PUNTEGGIO DOMANDA 8

OBIETTIVO DELL' ANAMNESI:

IDENTIFICARE ALTRE CAUSE DI ALTERAZIONE DELLO SVUOTAMENTO
E CO-MORBIDITÀ CHE POTREBBERO COMPLICARE IL TRATTAMENTO

CONCENTRARE L'ATTENZIONE SU:

NATURA E DURATA DEI SINTOMI

PRECEDENTI INTERVENTI CHIRURGICI

PROBLEMI DI SALUTE GENERALE

FARMACI ASSUNTI DAL PAZIENTE

IDONEITÀ AD EVENTUALE TRATTAMENTO MEDICO o CHIRURGICO

SINTOMI DEL BASSO TRATTO URINARIO (LUTS)

POSSONO ESSERE DIVISI IN DUE GRANDI CATEGORIE:

SINTOMI DA STASI (SINTOMI IRRITATIVI):

TENDONO AD AVERE UNA MAGGIORE INFLUENZA NELL' INDURRE IL PAZIENTE AL CONSULTO MEDICO

SINTOMI DA SVUOTAMENTO (SINTOMI OSTRUTTIVI):

IN GENERE PREOCCUPANO DI PIÙ I MEDICI PERCHÉ A MAGGIOR RISCHIO DI SVILUPPO DI CONSEGUENZE GRAVI

DISTURBI URINARI

DISTURBI DELLO SVUOTAMENTO	DISTURBI DEL RIEMPIMENTO (STASI)
INDUGIO MINZIONALE	POLLACHIURIA
MINZIONE CON IL TORCHIO ADDOMINALE	URGENZA MINZIONALE
IPOVALIDITÀ DEL MITTO	NICTURIA
MITTO INTERMITTENTE	INCONTINENZA DA URGENZA
SGOCCIOLAMENTO POST-MINZIONALE	INCONTINENZA NOTTURNA
MINZIONE PROLUNGATA	STRANGURIA
RITENZIONE ACUTA DI URINE	TENESMO VESCICALE
ISCURIA PARADOSSA	

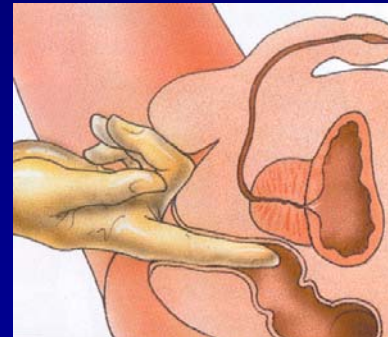
DIAGNOSI

ESAME OBIETTIVO

ESAME OBIETTIVO GENERALE (PERCUSSIONE SOVRAPUBICA - GLOBO VESCICALE)

ESAME DEI GENITALI (MEATO URETRALE - PENE - TESTICOLI - SCROTO)

ESPLORAZIONE DIGITO RETTALE



PARAMETRI DA CONSIDERARE:

VOLUME - SUPERFICIE - LIMITI - DOLORABILITA' - VARIAZIONI CONSISTENZA GHIANDOLA

RUOLO NELLA :

DIAGNOSI DIFFERENZIALE TRA IPERTROFIA - PROSTATITE E CANCRO

SCELTA DELLA STRATEGIA CHIRURGICA ENDOSCOPICA O CIELO APERTO (Volume < 60 > gr)

DIAGNOSI

ESAMI DI LABORATORIO:

ESAMI EMATOCHIMICI DI VALUTAZIONE DELLA FUNZIONALITA' RENALE
AZOTEMIA – GLICEMIA – CREATININEMIA – CLEARANCE CREATININEMIA –
ELETTROLITI SIERICI Na K Ca - EMOCROMO

ESAME URINE CON URINOCOLTURA
PESO SPECIFICO E PH – PRESENZA LEUCOCITI – NITRITI - EMOGLOBINA

DIAGNOSI

ANTIGENE PROSTATO SPECIFICO (P.S.A.)

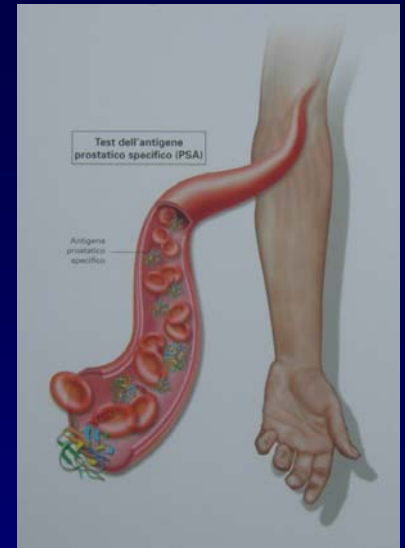
PROTEASI ENDOGENA GRUPPO CALLICREINE UMANE

SECRETA EPITELIO PROSTATICO E GHIANDOLE PERIURETRALI

PRESENTE IN TUTTI GLI UOMINI

RUOLO DI LIQUEFAZIONE DEL LIQUIDO SEMINALE

PRIMA IDENTIFICAZIONE TESSUTO PROSTATICO NEL 1970 e PRIMO
IMPIEGO IN CAMPO CLINICO NEL 1980



DIAGNOSI

P.S.A.

PSA LIQUIDO SEMINALE 1 MILIONE ng/ml

PSA SIERICO 0 - 4 ng/ml

ESSENDO UNA PROTEASI CIRCOLA IN MINIMA PARTE IN FORMA LIBERA
E NELLA MAGGIOR PARTE LEGATA A PROTEINE DI TRASPORTO COME LE
GLOBULINE

DIAGNOSI

P.S.A.

AI FINI DELLA PRATICA CLINICA IL PSA E' DA CONSIDERARSI UN
MARKER PROSTATO-SPECIFICO E NON MALATTIA-SPECIFICO

CONDIZIONI ASSOCIATE AD INCREMENTO DEI VALORI SIERICI:

ATTIVITA' FISICA

ATTIVITA' SESSUALE

ATTIVITA' SPORTIVE COME CICLISMO ED EQUITAZIONE

MANOVRE DIAGNOSTICHE CLINICHE E STRUMENTALI

PROSTATITE

CARCINOMA

DIAGNOSI

P.S.A.

MERCATORE TUMORALE CON ELEVATA SENSIBILITA' MA RIDOTTA SPECIFICITA'

AUMENTO SPECIFICITA' MEDIANTE DETERMINAZIONE DI:

PSA DENSITY

PSA VELOCITY

PSA LIBERO E RAPPORTO PSA LIBERO/TOTALE

TEMPO DI RADDOPPIAMENTO DEL PSA

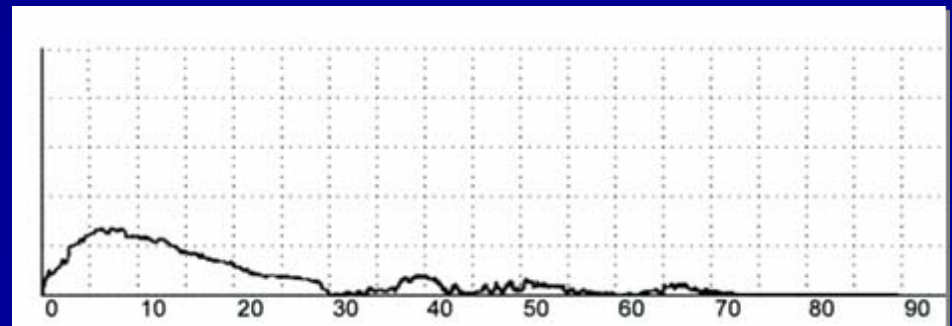
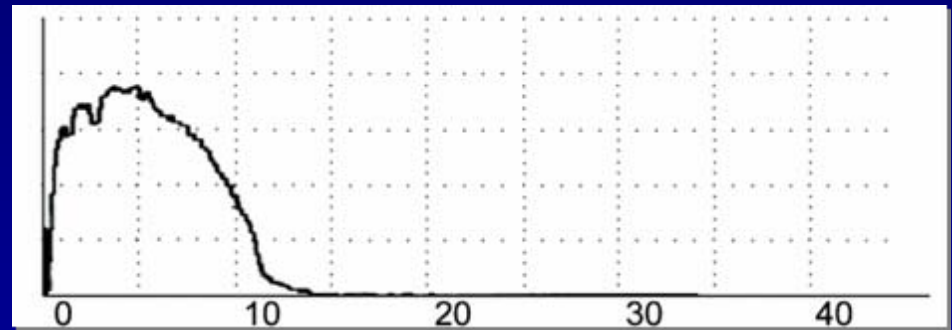
UTILI INDICAZIONI NELLA DIAGNOSI DIFFERENZIALE TRA NEOPLASIA E PATOLOGIE BENIGNE IN PARTICOLAR MODO NELL'INTERVALLO DI VALORE DEL PSA TRA 4 e 10 ng/ml

DIAGNOSI

ESAMI STRUMENTALI

UROFLUSSIMETRIA

STUDIO DEL FLUSSO URINARIO INTESO COME QUANTITÀ
DI URINA ESPULSA NELL'UNITÀ DI TEMPO (ml/sec)



DIAGNOSI

ESAMI STRUMENTALI

UROFLUSSIMETRIA

MISURAZIONE OBIETTIVA DI ALCUNI PARAMETRI MINZIONALI:
FLUSSO MASSIMO (Q_{max}), FLUSSO MEDIO, TEMPO MINZIONALE,
VOLUME VUOTATO e RESIDUO POST-MINZIONALE

ATTENDIBILE SOLO CON VOLUME VUOTATO SUPERIORE A 150-200 ml

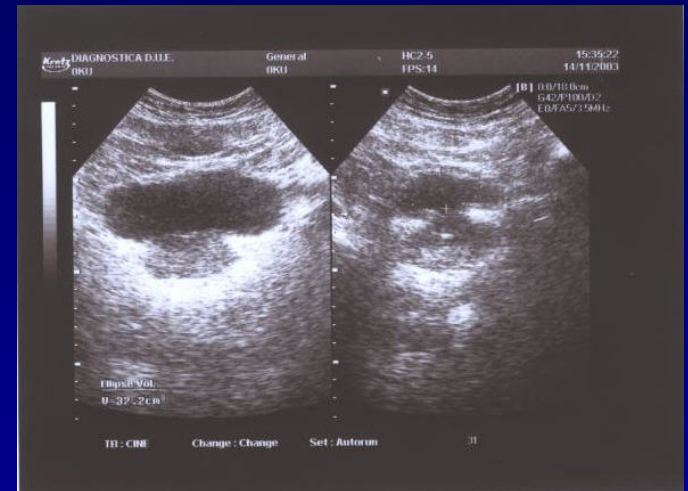
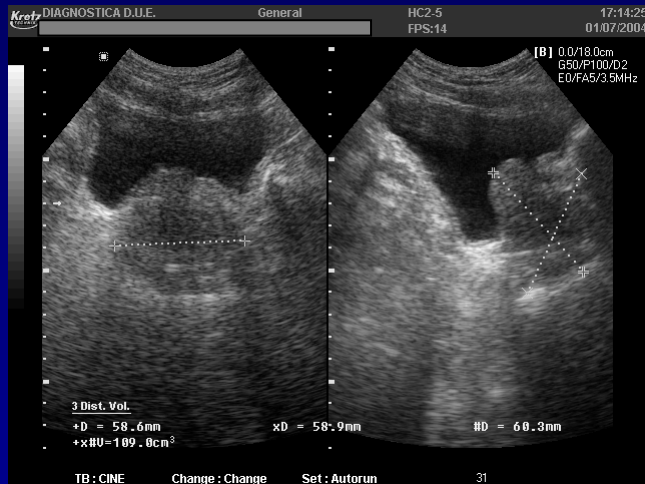
NORMOGRAMMI PER ETA' E VOLUME VUOTATO

NON CONSENTE DI FARE DIAGNOSI DI OSTRUZIONE MA UN FLUSSO
NELLA NORMA DEFINISCE UNA BUONA FUNZIONE VESCICO - URETRALE

DIAGNOSI

ESAMI STRUMENTALI

ECOGRAFIA VESCICO PROSTATICA SOVRAPUBICA



CONFORMAZIONE SPAZIALE DELLA PROSTATA e PRESENZA TERZO LOBO
SPESSORE PARETE VESCICALE, PRESENZA DI DIVERTICOLI E/O CALCOLI
PRESENZA DI EVENTUALI NEOFORMAZIONI DELLA PARETE VESCICALE
VALUTAZIONE DEL RESIDUO POST-MINZIONALE

DIAGNOSI

ESAMI STRUMENTALI

ECOGRAFIA PROSTATICA TRANSRETTALE



MIGLIORE DEFINIZIONE DELLA MORFOVOLUMETRIA PROSTATICA E DELLA CARATTERISTICHE ECOGENICHE DEL PARENCHIMA

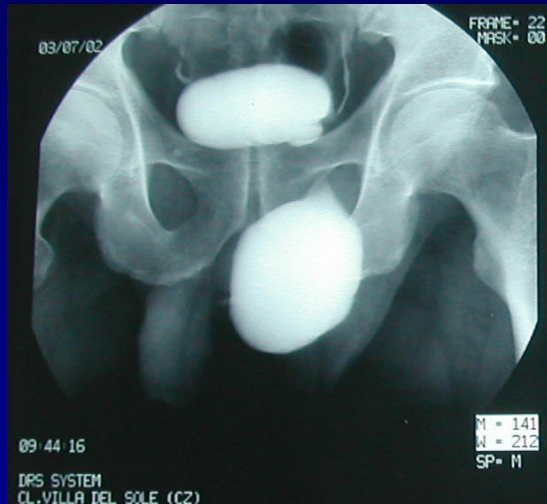
INDICATA SOPRATTUTTO NEL SOSPETTO CLINICO E BIOCHIMICO DI UNA NEOPLASIA PROSTATICA

RUOLO DI GUIDA NELL' EFFETTUAZIONE DI BIOPSIE PROSTATICHE

DIAGNOSI

ESAMI STRUMENTALI

UROGRAFIA ENDOVENOSA



VALUTAZIONE MORFO - FUNZIONALE APPARATO URINARIO PREVIA SOMMINISTRAZIONE DI MDC

VALUTAZIONE DELL'EVENTUALE TERZO LOBO PROSTATICO E DEL RESIDUO POST-MINZIONALE

EVENTUALI PATOLOGIE ASSOCIATE COME CALCOLI O DIVERTICOLI

DIAGNOSI

ESAME URODINAMICO

RAPPRESENTA L'INDAGINE PIU' ACCURATA NEL DEFINIRE L'OSTRUZIONE



IMPIEGO LIMITATO DALLA INVASIVITA'

INTRODUZIONE DI CATETERI DI RILEVAZIONE PRESSORIA IN VESCICA
E NELL'AMPOLLA RETTALE, UNITAMENTE AD UN CATETERE IN VESCICA PER
L'INFUSIONE DI SOLUZIONE FISIOLOGICA

DIAGNOSI

ESAME URODINAMICO

CISTOMANOMETRIA DA RIEMPIMENTO

DEFINISCE LE VARIAZIONI DELLA PRESSIONE INTRAVESCICALE NEL CORSO DI PROGRESSIVI INCREMENTI DEL VOLUME VESCICALE CONSENTENDO DI VALUTARE UN QUADRO DI IPERATTIVITA' DETRUSORIALE

COMPARSA DI CONTRAZIONI DETRUSORIALI NON INIBITE > A 15 mmH₂O

DIAGNOSI

ESAME URODINAMICO

STUDIO PRESSIONE/FLUSSO O CISTOMANOMETRIA DA SVUOTAMENTO

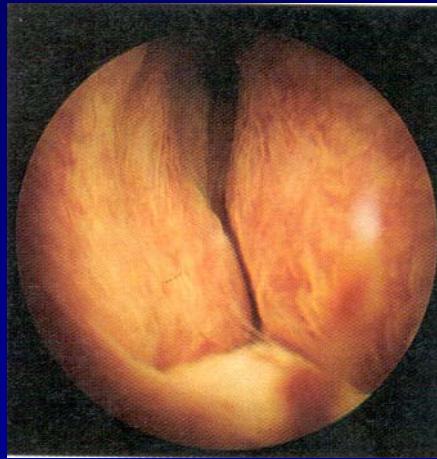
DEFINISCE IL RAPPORTO TRA FLUSSO URINARIO E PRESSIONE DETRUSORIALE NEL CORSO DELLO SVUOTAMENTO VESCICALE CONSENTENDO LA DIAGNOSI DI OSTRUZIONE AL DEFLUSSO

CONSENTE UNA DIAGNOSTICA DIFFERENZIALE TRA UN QUADRO OSTRUTTIVO ED UN'ALTERAZIONE DELLA CONTRATTILITÀ DETRUSORIALE

DIAGNOSI

ESAMI STRUMENTALI

URETROCISTOSCOPIA



RUOLO LIMITATO E SOSTITUIBILE DALL'ESAME ECOGRAFICO

DEFINIZIONE DELLE PATOLOGIE VESCICALI ASSOCIATE

UTILE NELLA DECISIONE TERAPEUTICA DELL'APPROCCIO CHIRURGICO OPPURE
ENDOSCOPICO

DIAGNOSI

ESAMI STRUMENTALI

TC E RMN



RUOLO LIMITATO E SOSTITUIBILE DAGLI ESAMI ECOGRAFICI

DIAGNOSI DI PATOLOGIE ASSOCIATE

CONDIZIONI PER DEFINIRE UNA IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA CLINICA

PRESENZA DI DISTURBI URINARI

PRESENZA DI UN INGRANDIMENTO ghiandolare

PRESENZA DI OSTRUZIONE AL DEFLUSSO DELLE URINE

DIAGNOSTICA DIFFERENZIALE

PROSTATITE
CARCINOMA
STENOSI DELL'URETRA

QUADRO OSTRUTTIVO

DIABETE
MALATTIE NEUROLOGICHE
FARMACI ANTIDEPRESSIVI
LESIONI DEI NERVI PELVICI

ALTERAZIONE MINZIONE
DETERMINATA DA UNA RIDOTTA
CONTRATTILITA' VESCICALE

INFEZIONI VIE URINARIE
INSTABILITA' DEL DETRUSORE
DISSINERGIA SFINTERE-DETRUSORE

QUADRO OSTRUTTIVO
ED IRRITATIVO

TERAPIA

TERAPIA MEDICA

TERAPIA CHIRURGICA

DECISIONE DELLA SCELTA TERAPEUTICA CONDIZIONATA DA:

ENTITA' DEI DISTURBI URINARI

PRESENZA DI COMPLICANZE

DISTURBI URINARI CORRELATI ALLA IPERTROFIA PROSTATICA

DIECI ANNI ADDIETRO :

TERAPIA CHIRURGICA o VIGILE ATTESA UNICHE OPZIONI
TRATTAMENTO

OGGI :

RIFIUTO ...! DELLA CHIRURGIA

NELL' ULTIMO DECENNIO RIDUZIONE DEL 60% DELLA INCIDENZA DELLA TERAPIA
CHIRURGICA QUALE MODALITA' DI TRATTAMENTO

CONSAPEVOLEZZA DI TRATTAMENTI NON INVASIVI

RICHIESTA DI TERAPIA MEDICA PER TRATTAMENTO SINTOMI
URINARI CORRELATI ALLA IPB

PRINCIPALE EVOLUZIONE NELLA PRATICA CLINICA UROLOGICA
DELL' ULTIMO DECENNIO

INDICAZIONI ASSOLUTE AL TRATTAMENTO CHIRURGICO (LUTS /IPB COMPLICATA)

RITENZIONE URINARIA

INFEZIONI RICORRENTI DELLE VIE URINARIE

EMATURIA RICORRENTE E PERSISTENTE

LITIASI VESCICALE

UROPATIA OSTRUTTIVA SECONDARIA ALLA IPB

INDICAZIONI ALLE DIFFERENTI MODALITA' DI TRATTAMENTO (LUTS/IPB NON COMPLICATA)

POSSIBILE SELEZIONE DEL TRATTAMENTO APPROPRIATO SULLA BASE DI:

ETA' DEL PAZIENTE – CO-MORBIDITA'
SEVERITA' DEI SINTOMI – VOLUME PROSTATICO E PSA
FLUSSO URINARIO E RESIDUO POSTMINZIONE
QUALITA' DI VITA – SESSUALITA'

ASPETTI CONNESSI ALLA PERCEZIONE CHE IL PAZIENTE HA DEI PROPRI SINTOMI

IMPATTO DEI SINTOMI SULLA QUALITA' DI VITA

TERAPIA MEDICA DEI DISTURBI PROSTATICI CORRELATI ALLA IPERTROFIA PROSTATICA

ALFA-LITICI

INIBITORI 5 α REDUTTASI

POLIENI

FITOTERAPICI

ALFA LITICI: MECCANISMO

INIBIZIONE DEI RECETTORI ALFA-ADRENERGICI
A LIVELLO PROSTATICO E DEL COLLO VESCICALE

RIDUZIONE DELLA RESISTENZA AL FLUSSO URINARIO
CON MIGLIORAMENTO SOPRATTUTTO
DELLA SINTOMATOLOGIA OSTRUTTIVA

ALFALITICI: EFFETTI

- HANNO UNA AZIONE RAPIDA E DOSE DIPENDENTE
- AGISCONO ESCLUSIVAMENTE MIGLIORANDO I SINTOMI
- AUMENTANO IL Q_{max} (+15-30%) E MIGLIORANO LA Q_{oL} (IPSS - 30-45%)
- EFFETTO NON CORRELATO AL VOLUME PROSTATICO ED ALLA SEVERITA' DEI SINTOMI – EFFETTO SOSTENUTO NEL TEMPO (NO TACHIFILASSI A SEI MESI)
- POSSIBILI EFFETTI COLLATERALI: VERTIGINI, ASTENIA, IPOTENSIONE ORTOSTATICA, IPOTENSIONE, DISTURBI Eiaculazione
- STUDI COMPARATIVI (METANALISI): NESSUNA SUPERIORITÀ PROVATA DI UNO RISPETTO AGLI ALTRI – DIFFERENZE SULLA RAPIDITA' AZIONE (XR)

CONCLUSIONI

A-LITICI

TRATTAMENTO DI PRIMA LINEA PIU' USATO

- INDICATI IN PAZIENTI CON IPSS > 7, RIDOTTO VOLUME PROSTATICO E PSA

TAMSULOSINA ASSOCIATA AD UN RAPIDO / EFFETTIVO CONTROLLO DEI SINTOMI E MIGLIORAMENTO QoL ED AD UN' EFFICACIA SOSTENUTA NEL TEMPO

CONTROLLO PROGRESSIONE DELLA MALATTIA – RIDUZIONE PROGRESSIONE CLINICA E RIDOTTO TASSO DI FALLIMENTO DELLA TERAPIA

- α -LITICI ED ANTICOLINERGICI :
IMPIEGO NEL TRATTAMENTO DI DISTURBI URINARI NON ASSOCIATI AD OSTRUZIONE AL DEFLUSSO (VESCICA IPERATTIVA)

INIBITORI 5 α REDUTTASI: FINASTERIDE

- INIBITORE SELETTIVO ISOENZIMA TIPO 2
- DEBOLE ATTIVITA' VERSO ISOENZIMA TIPO 1
- EFFICACE E SICURA IN STUDI CLINICI CONTROLLATI RANDOMIZZATI IN DOPPIO CIECO A LUNGO TERMINE (PLESS)
- MIGLIORA IL FLUSSO (Q_{max}), I SINTOMI (IPSS) E LA QoL
- RIDUCE IL VOLUME PROSTATICO
- GENERALMENTE BEN TOLLERATA: POSSIBILI DIMINUZIONE DELLA LIBIDO ED EREZIONE, DISTURBI DELL' EIAACULAZIONE
- VALORI DI PSA: ATTENZIONE ! (RANGE NORMALE 0-2 ng/ml)

INIBITORI 5 α REDUTTASI: DUTASTERIDE

- INIBITORE SELETTIVO ISOENZIMA TIPO 1 (60 VOLTE PIU' POTENTE DELLA FINASTERIDE)
- INIBITORE ISOENZIMA TIPO 2
- MIGLIORA IL FLUSSO (Q_{max}) E RIDUCE IL VOLUME PROSTATICO IN UN TEMPO PIU' BREVE DELLA FINASTERIDE (PLESS)
- MIGLIORI RISULTATI CON PROSTATE DI VOLUME ELEVATO E PSA ELEVATO
- POSSIBILI DIMINUZIONE DELLA LIBIDO, DISTURBI DELL'EIACULAZIONE E DISFUNZIONE ERETTILE
- VALORI DI PSA: ATTENZIONE ! (RANGE NORMALE 0-2 ng/ml)

CONCLUSIONI

INIBITORI 5 α REDUTTASI

- MINORE EFFICACIA SULLA MODIFICAZIONE DEI SINTOMI E SULLA QUALITA' DI VITA
 - MAGGIOR EFFICACIA NEL LUNGO TERMINE SUL RISCHIO RITENZIONE URINARIA E NECESSITA' DI RICORSO ALLA CHIRURGIA
-
- EFFETTO DI RIDUZIONE SUL VOLUME PROSTATICO
 - TARDIVA RIDUZIONE DEL GRADO OSTRUZIONE E SINTOMI VUOTAMENTO CORRELATI
 - RIDUZIONE 25% DEL RISCHIO CA PROSTATA (PCPT, NEW ENGL J MED 2003)

CONCLUSIONI

TERAPIA COMBINATA ALFA LITICI ed INIBITORI 5 α REDUTTASI

- INDICATA IN PAZIENTI CON ELEVATO RISCHIO DI PROGRESSIONE (ELEVATO RPM E RIDOTTO Q_{max} , IPSS > 7, ELEVATO VOLUME PROSTATICO E PSA)
- BENEFICI OTTENUTI SOLO SE TERAPIA DI LUNGA DURATA
- COSTI DELLA TERAPIA COMBINATA
- RISCHIO DI EFFETTI COLLATERALI

FITOTERAPICI

- FENOMENO EUROPEO: NON REGISTRATI DALLA FDA
- FARMACI DI SECONDA LINEA PER DISTURBI URINARI CORRELATI ALLA I. P. B.

- MECCANISMO D'AZIONE : ALCUNI CON EFFICACIA SIMILE AD ALFALITICI ED INIBITORI 5 α REDUTTASI

- SERENOA REPENS (ESTRATTO LIPOSTEROLICO DI PALMA NANA): IL PIÙ UTILIZZATO; EFFETTO TRIPLICE: INIBIZIONE 5 α REDUTTASI, ANTIESTROGENA, ANTIEDEMIGENA

- PYGEUM AFRICANUM: AGIREBBE SULLE COMPONENTI FLOGISTICHE DETERMINATE DALLA RITENZIONE URINARIA CRONICA

CONCLUSIONI

FITOTERAPICI

- ASSENZA DI CHIARI BENEFICI SUGLI ALFALITICI ED INIBITORI 5 α REDUTTASI
- INDICAZIONI SIMILI A INIBITORI 5 α REDUTTASI (MECCANISMO D' AZIONE?)

- NECESSITA' DI STUDI DOPPIO CIECO, RANDOMIZZATI, PLACEBO CONTROLLATI

- ALLO STATO: NON RACCOMANDATI COME TERAPIA DI PRIMA LINEA

POLIENI

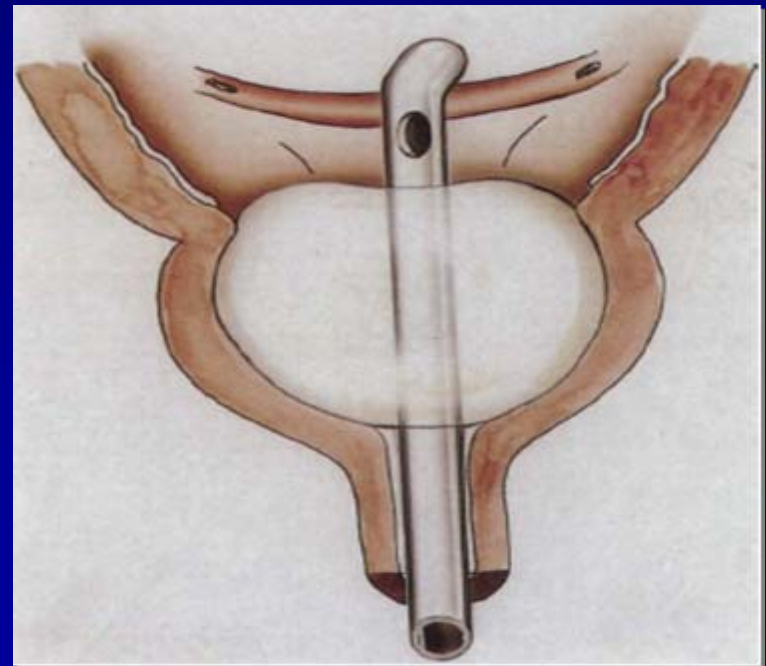
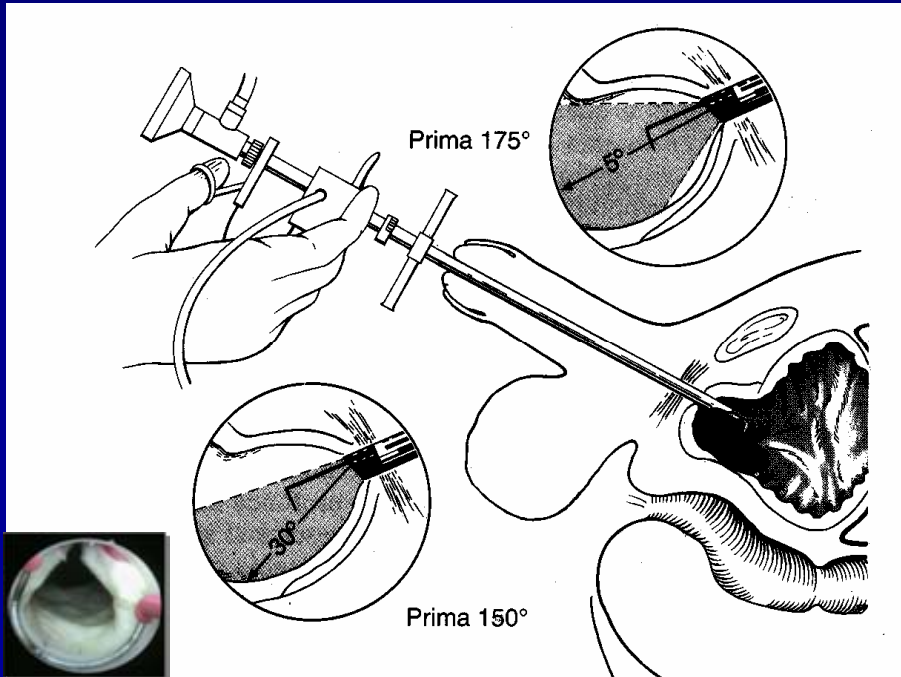
- MEPARTRICINA (COMPOSTO POLIENICO SEMISINTETICO):
FENOMENO ITALIANO
- AZIONE DI TIPO ENDOCRINA: LEGAME SELETTIVO ED
IRREVERSIBILE A LIVELLO INTESTINALE CON GLI STEROIDI,
IN PARTICOLARE CON ALCUNE FRAZIONI ESTROGENICHE

TERAPIA CHIRURGICA

RESEZIONE TRANSURETRALE DELLA PROSTATA - (T.U.R.P.)

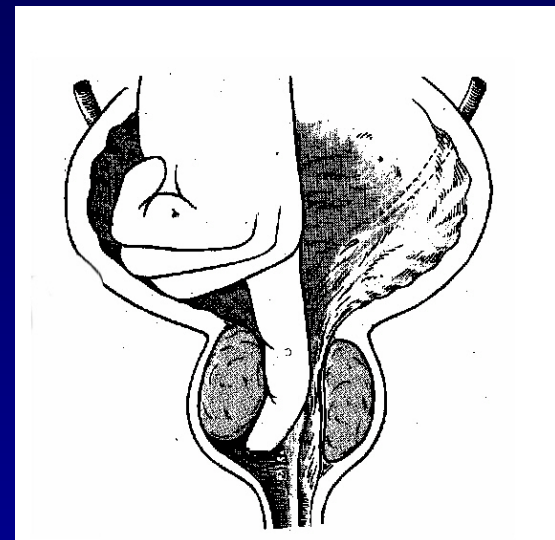
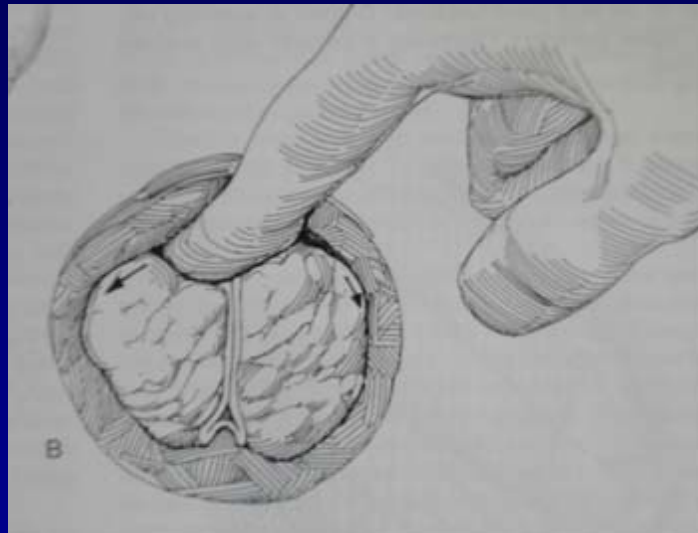
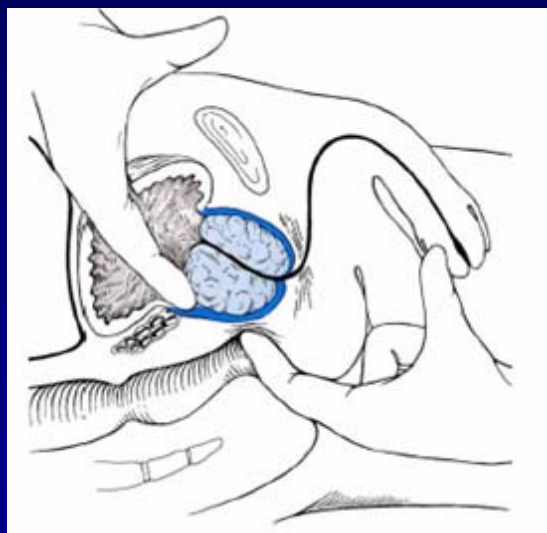
RAPPRESENTA IL GOLD STANDARD CHIRURGICO TERAPEUTICO

LIMITE : ELEVATI VOLUMI GHIANDOLARI – PATOLOGIE ASSOCIATE



TERAPIA CHIRURGICA

ADENOMECTOMIA PROSTATICA A CIELO APERTO



INDICAZIONI:

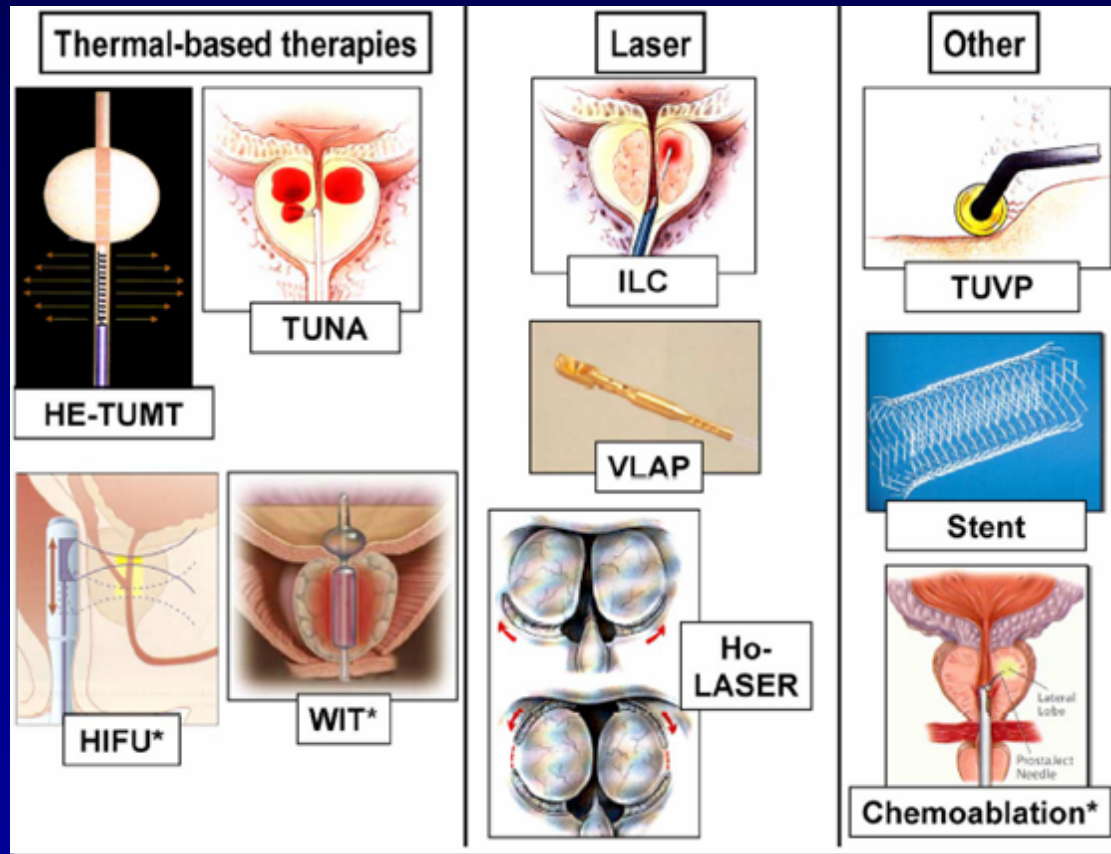
PROSTATE > 80 GR - CALCOLI DI ELEVATO VOLUME E/O DIVERTICOLI VESCICALI

TECNICHE:

SOVRAPUBICA TRANSVESICALE (SEC. FREYER) - RETROPUBICA (SEC. MILLIN)

TERAPIA CHIRURGICA

TRATTAMENTI MINIMAMENTE INVASIVI



INCISIONE TRANSURETRALE (T.U.I.P.) - ELETTROVAPORIZZAZIONE (T.V.P.)
UTILIZZO DI MICROONDE - (T.U.M.T.) ULTRASUONI AD ALTA INTENSITA' - (H.I.F.U.)
ENERGIA LASER - (V.L.A.P.)

CONCLUSIONI

EPIDEMIOLOGIA

ELEVATA FREQUENZA – EVIDENZA ISTOLOGICA ETA' CORRELATA
8% A 40 ANNI FINO ALL' 80% A 80 ANNI

EZIOLOGIA

ETA' – FATTORI ORMONALI – MODIFICAZIONI RECETTORIALI ED ENZIMATICHE

ANATOMIA PATOLOGICA

PROCESSO IPERPLASTICO INTERESSANTE LA PARTE CENTRALE PERIURETRALE DELLA
PROSTATA DETTA ZONA DELLE GHIANDOLE PERIURETRALI

SINTOMATOLOGIA

QUADRO SINTOMATOLOGICO EVOLVE IN TRE STADI:
STADIO IRRITATIVO, STADIO OSTRUTTIVO, STADIO DELLE COMPLICANZE

DIAGNOSI

EDR, EMATOCHIMICI ed URINE, PSA, UROFLUSSIMETRIA, ECOGRAFIA, ESAME URODINAMICO

TERAPIA

TERAPIA MEDICA CON ALFA LITICI E/O INIBITORI DELLA 5ALFA REDUTTASI

TERAPIA CHIRURGICA SOPRATTUTTO IN PRESENZA DELLE COMPLICANZE
ESEGUIBILE ATTRAVERSO INTERVENTI ENDOSCOPICI TRANSURETRALI O CHIRURGIA A CIELO
APERTO