

IPERTROFIA PROSTATICA E MMG

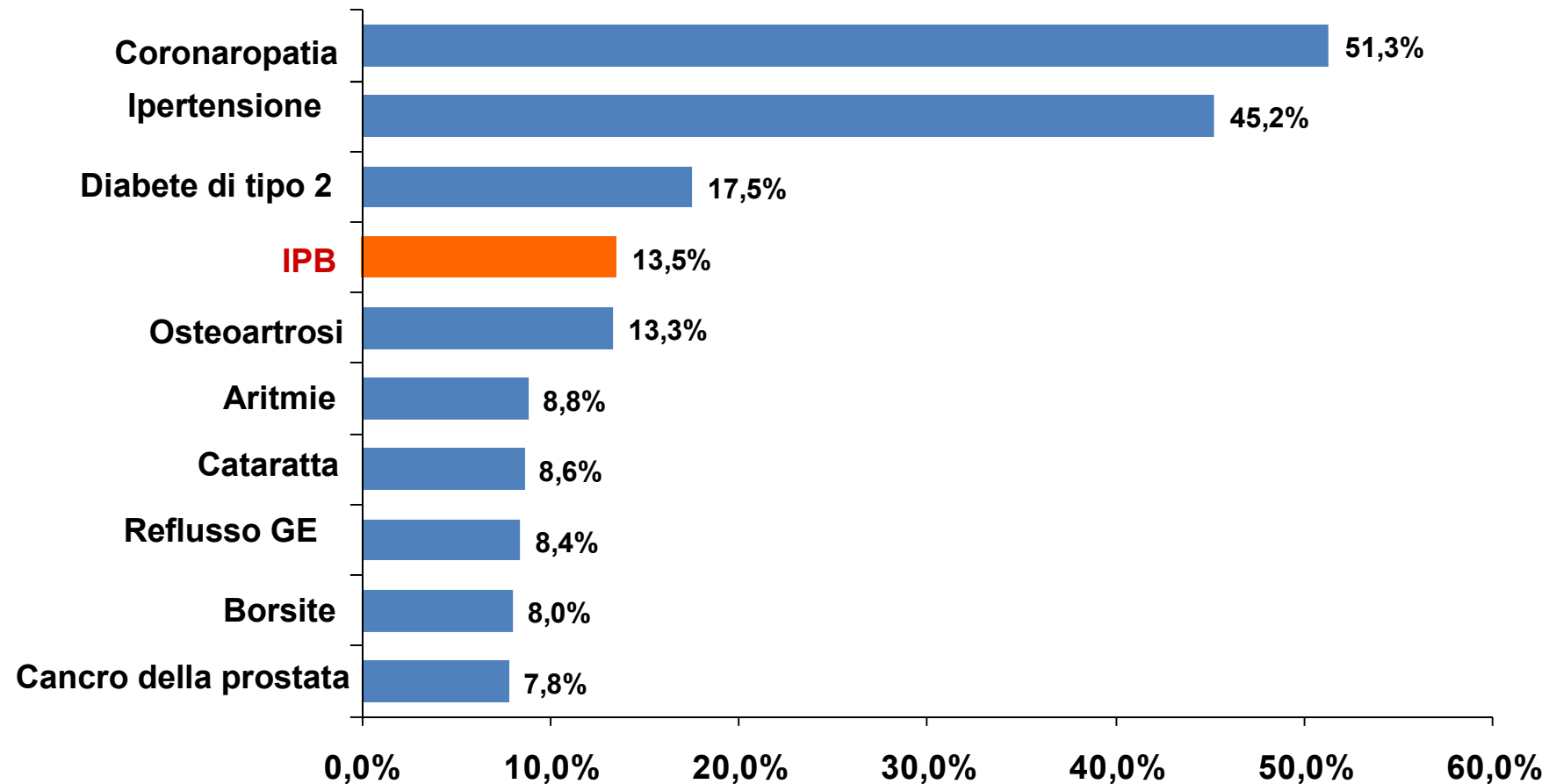
Dr. FABIO SERCIA
U.O.C. UROLOGIA - DOLO

- **CONTROLLO UROLOGICO PREVENTIVO ?**
- **QUANDO L'UROLOGO ?**
- **QUANDO LA TERAPIA ?**

IPB: dimensioni del problema

- La prevalenza istopatologica della IPB è in relazione con l'età e si sviluppa abitualmente dopo i 40 anni.
- A 60 anni la sua prevalenza è maggiore del 50% e a 85 del 90%.
- Analogamente si incrementa con l'età l'incidenza dei LUTS, cosicché approssimativamente la metà dei soggetti affetti da IPB riferiscono una sintomatologia moderata o severa.

L'IPB è la quarta malattia più comunemente diagnosticata tra gli uomini di età di ≥ 50 anni



IPB: dimensioni del problema

- L'aspettativa di vita in molti paesi sviluppati si avvicina agli 80 anni.
- La probabilità per questi soggetti di sviluppare la IPB raggiunge l'87%.
- E' prevedibile un incremento dei pazienti affetti da LUTS, che viene stimato del 45% nei prossimi 10 anni, con un ulteriore incremento nella decade successiva.
- IPB rappresenta oltre il 70% degli accessi ai nostri Ambulatori Divisionali

**LA QUESTIONE
“PROSTATA” E’ AL
CENTRO DI UNA VICENDA I
CUI PROTAGONISTI NON
SEMPRE COLLABORANO
IN MODO EFFICACE TRA
LORO**

**L'impatto sociale del problema
"PROSTATA"**

**rende fondamentale il ruolo del MMG
nella corretta gestione del paziente
"prostatico"**

IPB: DIAGNOSI

IPB

Strumenti diagnostici

ANAMNESI MINZIONALE

DRE

PSA

ECO RV con RPM / (TRUS)

UROFLUSSOMETRIA con RPM

azotemia, creatinina, es. urine, urocoltura

IPB: DIAGNOSI

Sintomatologia

LUTS

- sintomi ostruttivi: mitto indebolito, attesa, mitto intermittente, disuria, dribbling uretrale
- sintomi irritativi: pollachiuria, urgenza, bruciori minzionali

IPB: DIAGNOSI

Complicanze

ritenzione urinaria

infezioni urinarie

ematuria

calcolosi vescicale

diverticoli vescicali

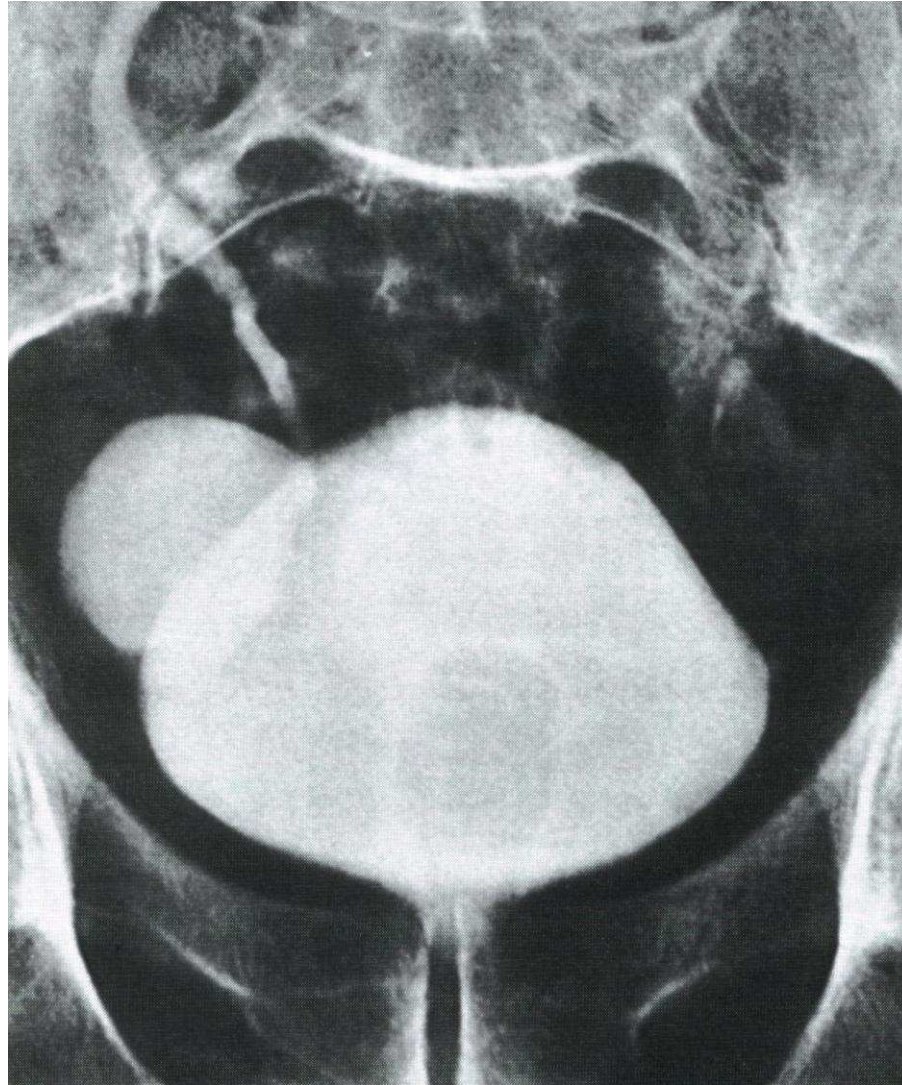
ureteroidronefrosi bilaterale

insufficienza renale

calcolo vescicale

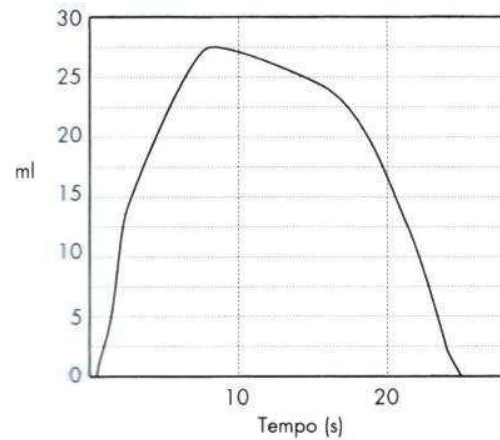


diverticolo vescicale



Uroflussometria

Qmax = 27.5 ml/s
Qmedio = 10.1 ml/s
Volume = 402 ml

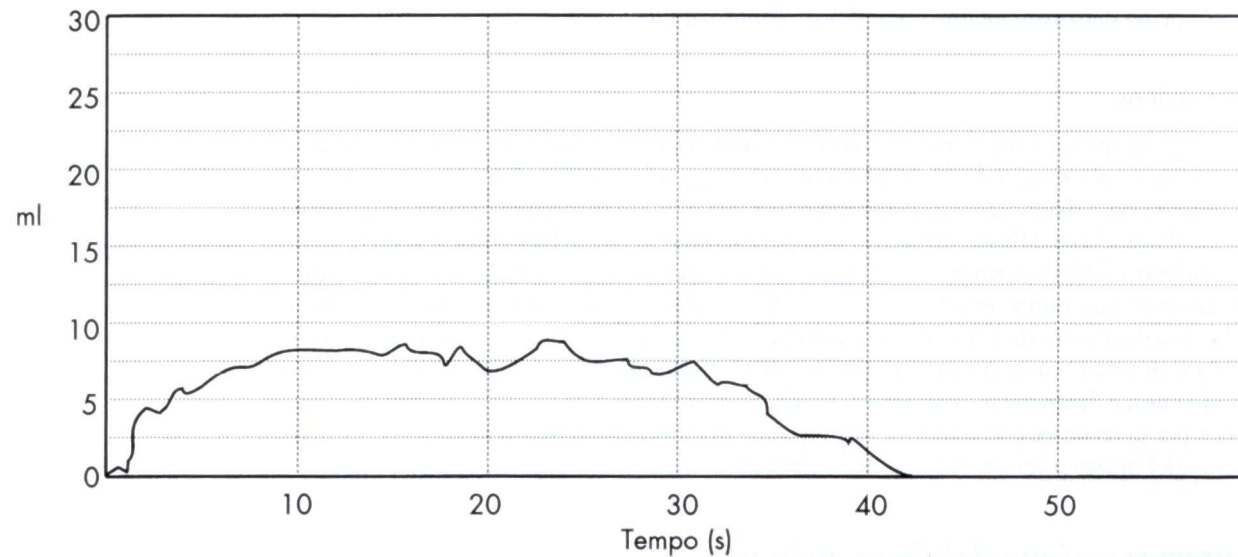


Uroflussometria

- volume minzionale > 150-200 cc
- inibizione ambientale
- morfologia della curva – durata del flusso
- valori normali di Qmax > 15 ml/sec

Uroflussometria

Qmax = 8.5 ml/s
Qmedio = 4.5 ml/s
Volume = 279 ml



IPB: DIAGNOSI

Uroflussometria

- esame di base, non invasivo, in grado di rilevare alterazioni del flusso urinario
- non consente di distinguere tra ostruzione e ipotonia del detrusore (nei casi dubbi studio Pressione/Flusso)
- andrebbe completata con la valutazione del residuo post-minzionale

IPB: DIAGNOSI

Ecografia reno-vescicale

- rivela eventuali complicanze o patologie associate (idronefrosi, calcolosi vescicale, diverticolo vescicale, neoplasie urinarie ecc.)
- residuo post-minzionale

MITOLOGIA DELL'ECOGRAFIA PROSTATICA TRANSRETTALE

l'ecografia prostatica transrettale è uno strumento indispensabile per la valutazione di un paziente con ipertrofia prostatica

FALSO

MITOLOGIA DELL'ECOGRAFIA PROSTATICA TRANSRETTALE

l'ecografia prostatica transrettale è uno strumento indispensabile per la diagnosi precoce di neoplasia prostatica

FALSO

REALTA' DELL'ECOGRAFIA PROSTATICA TRANSRETTALE

- **Poco efficace nella diagnosi di tumore intracapsulare**
- **Non vi è un aspetto ecografico univoco del tumore, che può essere ipoecogeno, iperecogeno o isoecogeno**
- **Variabile efficacia nel distinguere lo sconfinamento extracapsulare del tumore**

Non è uno strumento efficace per la diagnosi del K prostatico ed è poco utile per la stadiazione locale

Ecografia prostatica transrettale: ma allora a cosa serve?

**I risultati poco soddisfacenti hanno
ridimensionato il ruolo dell'ecografia prostatica**

- **Valutazione di volume e forma (lobo medio) della prostata**
- **Valutazione del residuo post-minzionale**
- **Guida per i prelievi bioptici**

Ecografia prostatica transrettale: indicazioni

attualmente le indicazioni accettate sono:

- 1. valutazione preoperatoria dell'IPB**
- 2. ausilio alla biopsia prostatica**

**NON E' UN ESAME DI PRIMO LIVELLO
NE' PER L'IPERTROFIA PROSTATICA
NE' PER LA DIAGNOSI PRECOCE DI K PROSTATICO**

PSA: ALCUNE RIFLESSIONI

- Nel bene e nel male il PSA ha cambiato la vita del paziente, dell'urologo e del MMG
- PSA: leggere attentamente le istruzioni per l'uso. Può nuocere gravemente alla salute
- Screening: NO GRAZIE!

IPB: TERAPIA

IPB: TERAPIA

Obiettivi della terapia

- miglioramento della qualità della vita
- riduzione delle complicanze
- preservazione della funzione renale

IPB: TERAPIA MEDICA

α -bloccanti

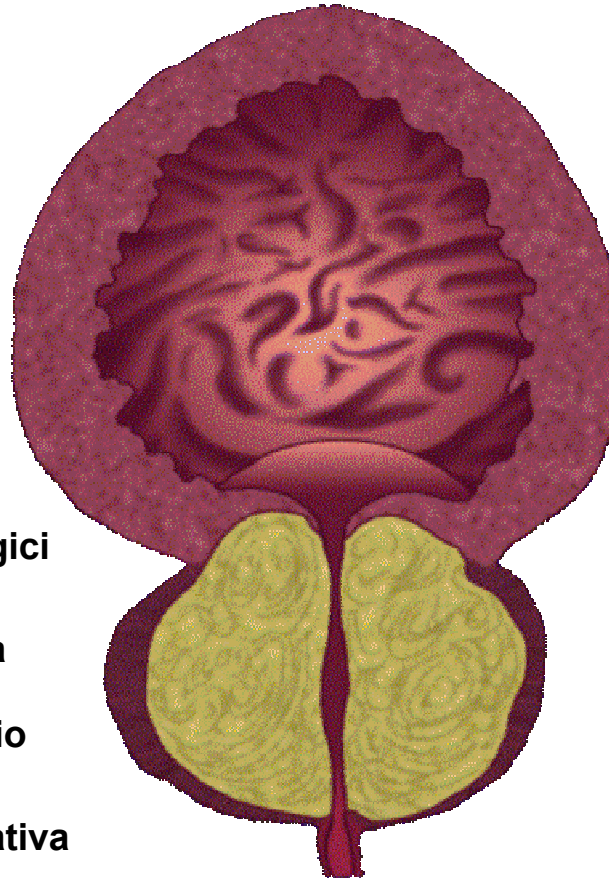
- *Non selettivi*
 - Alfuzosina
 - Doxazosina
 - Terazosina
- *Selettivi*
 - Tamsulosina
 - Silodosina

- ☑ **Blocco dei recettori α 1-adrenergici della prostata, uretra e vescica**
- ☑ **Rilassamento della muscolatura liscia con conseguente miglioramento del flusso urinario**
- ☑ **Rapido miglioramento della sintomatologia ostruttiva e irritativa**
- ☑ **Riduzione del RPM**
- ☑ **Miglioramento del Qmax**
- ☑ **Riduzione delle pressioni endovesicali**

Inibitori 5 α -reduttasi

- Dutasteride
- Finasteride

- ☑ **Diminuzione della sintesi di DHT: la riduzione dello stimolo androgeno causa la crescita della prostata**
- ☑ **Riduzione del volume della prostata con conseguente riduzione dell'ostruzione**



SVANTAGGI

ALFA-LITICI

- ipotensione
- eiaculazione retrograda

FINASTERIDE - DUTASTERIDE

- dimezzamento del PSA
- calo della libido, deficit erettile, ginecomastia
- risultati dopo almeno 6-9 mesi

Studio CombAT

Combination of Avodart and Tamsulosin

Studio randomizzato in doppio cieco disegnato per valutare l'efficacia e la tollerabilità del trattamento con dutasteride e tamsulosina

**superiorità della terapia di associazione vs
alfalitico in monoterapia sulla sintomatologia in
meno di un anno**

IPB: TERAPIA CHIRURGICA

Indicazioni

- LUTS refrattari al trattamento medico
- Ritenzione urinaria
- Insufficienza renale
- Infezioni urinarie ricorrenti
- Ematuria ricorrente
- Calcolosi vescicale
- Diverticolo vescicale voluminoso

IPB: TERAPIA CHIRURGICA

Tecniche chirurgiche tradizionali

- TURP (Resezione endoscopica della prostata)
- Adenomectomia retropubica sec. Millin
- Adenomectomia transvescicale

IPB: TERAPIA CHIRURGICA

Tecniche chirurgiche “alternative”

Consolidate

- TUIP (Incisione endoscopica della prostata)
- TULAP (Adenomectomia LASER transuretrale)

Sperimentali... o quasi !

- TUMTA (Termoterapia a microonde transuretrale)
- TUNA (ago-ablazione con radiofrequenze della prostata)

IPB: TERAPIA CHIRURGICA

Tecniche chirurgiche: indicazioni

TURP: adenoma < 40 grammi

Millin: adenoma > 40 grammi, calcolo vescicale voluminoso, diverticolo vescicale voluminoso

Transvescicale: come per Millin

TURP

MILLIN

COMPLICANZE

Immediata

sindrome da TUR
emorragia

emorragia
ferita chirurgica

A distanza

sclerosi collo /loggia
epididimite
incontinenza da sforzo (1%)
stenosi uretrale

sclerosi collo/loggia
epididimite
incontinenza da sforzo
ferita chirurgica

VANTAGGI

ricovero breve
convalescenza rapida

IPB: TERAPIA CHIRURGICA

TUIP

Incisione transuretrale della prostata

- adenomi piccoli (< 20 g)
- assenza di lobo medio

Vantaggi: minor tempo operatorio
sanguinamento minimo
risultati discreti

Svantaggi: maggiore possibilità di recidiva
rispetto a TURP

IPB: TERAPIA CHIRURGICA

TULAP

Adenomectomia transuretrale con LASER Ho

Vantaggi: sanguinamento minimo
minore incidenza di complicanze
risultati sovrapponibili a TURP

Svantaggi: costo
curva di apprendimento

IPB: FOLLOW-UP POST CHIRURGICO

- PSA: le neoplasie prostatiche originano prevalentemente dalla zona periferica (capsula)
- Uroflussometria

Studio PRODEST (AURO-FIMMG)

MMG: gestione del paz. con IPB

MMG

VALUTAZIONE

INIZIALE:

anamnesi

E.O./E.R.

es. urine

PSA

creatinina

UFM

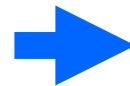
LUTS non complicati

Terapia medica per IPB o vigile attesa



insuccesso della terapia (6-9 mesi)

LUTS e microematuria accertata



citologie urinarie
ecografia RV

LUTS e sospetto Ca Prostata
e/o
PSA > 4



**U
R
O
L
O
G
O**

RISPONDIAMO ALLE DOMANDE INIZIALI

CONTROLLO UROLOGICO PREVENTIVO ?

- In assenza di sintomi/segni minzionali è discutibile l'utilità di una valutazione urologica

QUANDO L'UROLOGO ?

- Nel Paz. con IPB sintomatica che non risponde alla terapia o in presenza di complicanze e/o alterazioni del PSA

QUANDO LA TERAPIA ?

- In presenza di sintomi/segni minzionali riconducibili ad IPB dopo aver escluso con esami di imaging e di laboratorio altre patologie

TAKE HOME MESSAGES - 1

- **l'impatto sociale del problema "PROSTATA" rende fondamentale il ruolo del MMG nella corretta gestione del paziente "prostatico"**
- **l'uso "massivo" del PSA come screening prostatico non sembra presentare dei vantaggi in termini di sopravvivenza e di migliore qualità di vita**

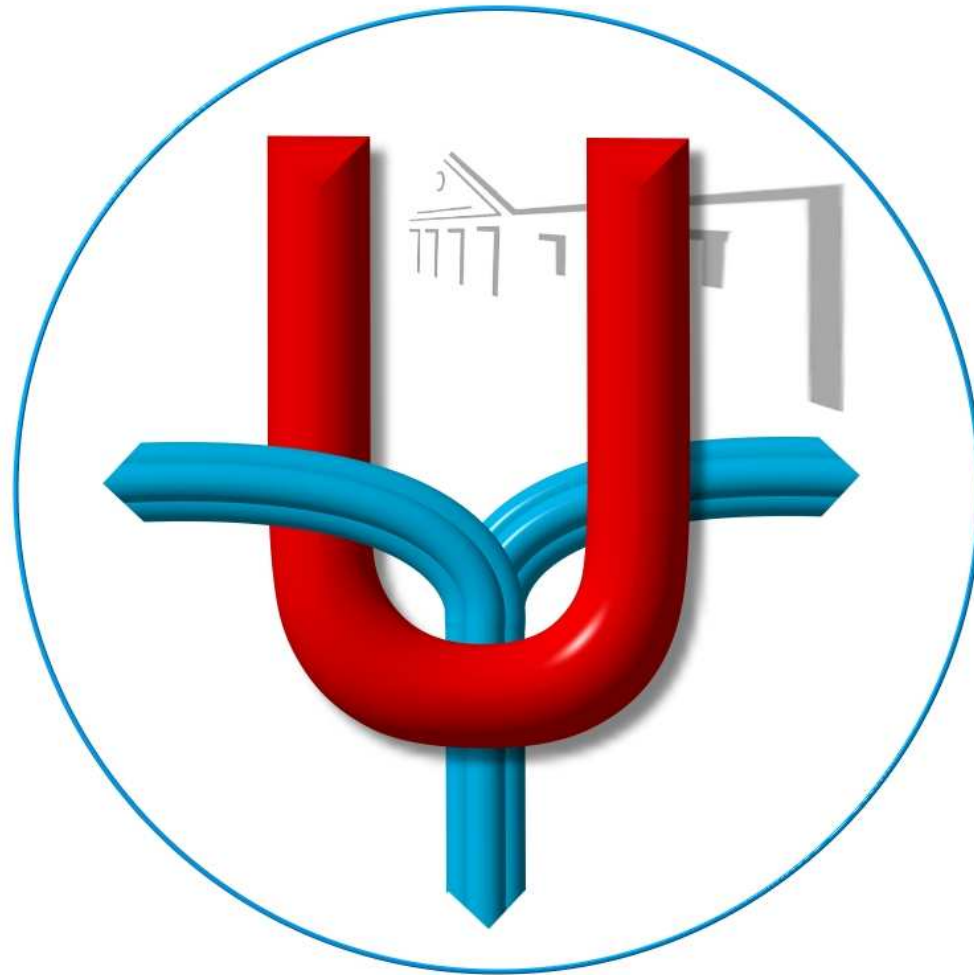
TAKE HOME MESSAGES - 2

- **l'accesso del Paziente all'Ambulatorio Urologico dovrebbe essere motivato e preceduto da un percorso diagnostico e terapeutico di base**
- **PSA, esame urine, uroflussometria ed ecografia renovescicale sono esami imprescindibili per una valutazione completa e corretta del Paziente con LUTS**
- **la terapia medica con gli alfa-litici e/o gli inibitori della 5a-reduttasi PUO' e DEVE essere impostata dal MMG**

TAKE HOME MESSAGES - 3

all'Urologo dovrebbero essere inviati Pazienti con:

- **LUTS “non responder” alla terapia medica**
- **PSA alterato o “instabile”**
- **complicanze da IPB (calcolosi vescicale, ematuria, diverticoli vescicali ecc.)**



www.urologiadolo.it