

Ipertrofia Prostatica Benigna o Adenomatosi prostatica, è una patologia molto frequente nella terza età. Non tutti hanno una conoscenza corretta delle caratteristiche della malattia, della sintomatologia e delle possibili terapie.

Questa patologia si manifesta in media intorno ai 60 anni, anche se non raramente vi sono pazienti che necessitano di un intervento chirurgico in età più precoce.

Del pari altri pazienti, pur avendo qualche sintomo irritativo o ostruttivo, non necessitano dell'intervento e possono giovare della terapia medica.

Pur rimanendo nell'ambito di una pubblicazione divulgativa, per un pubblico non medico, la lettura di questo libretto fornirà una informazione corretta ed esauriente,

RIGUARDO AI DISTURBI PROSTATICI

- ❖ Un ingrossamento della prostata (definita ipertrofia prostatica benigna), si sviluppa in circa l'80% degli uomini.
- ❖ Il cancro della prostata ricorre in circa un uomo su 10.
- ❖ Ogni anno più di trenta mila uomini muoiono negli USA per cancro della prostata.
- ❖ Le malattie prostatiche si sviluppano di solito in uomini di oltre quaranta anni.
- ❖ L'esplorazione rettale eseguita annualmente consente frequentemente di diagnosticare un cancro della prostata prima che si sviluppino dei sintomi. In questo stadio, il cancro della prostata è una malattia curabile dalla quale si può guarire con un intervento chirurgico.

IL CARCINOMA PROSTATICO

Il carcinoma prostatico è la malattia tumorale più frequente nell'uomo, dopo i 50 anni.

Oggi grazie al PSA (Prostatic Specific Antigen), una Glicoproteina che viene prodotta dagli acini ghiandolari della prostata, è possibile diagnosticare questa malattia in una fase molto precoce. In genere quando la malattia non ha ancora dato segno di sé.

Purtroppo l'uomo, al contrario della donna, non ha ancora acquisito e fatto propria la cultura delle visite periodiche dallo specialista. Solo una attenta sorveglianza dello stato di salute permette una diagnosi precoce. L'unica oggi in grado di darci la guarigione.

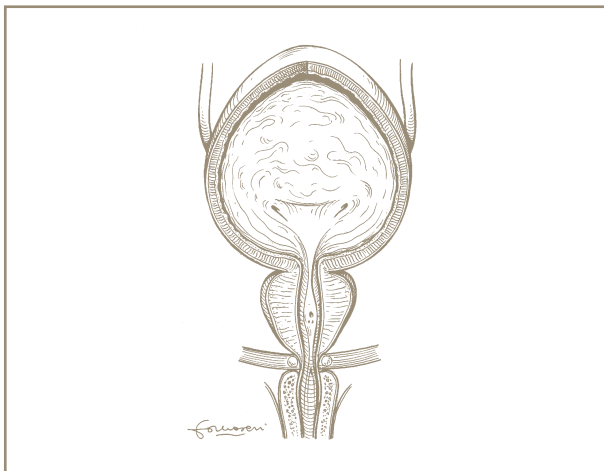


FIG. 1 ANATOMIA DELLA PROSTATA

ANATOMIA

La prostata è una ghiandola che appartiene all'apparato riproduttivo maschile. È situata anteriormente al retto ed immediatamente al di sotto della vescica.

La prostata è piuttosto piccola (il peso è di circa 20 grammi) ed è simile come forma e dimensioni ad una noce. La ghiandola circonda l'uretra, situandosi tra il collo vescicale ed il pavimento pelvico. (fig. 1)

FISIOLOGIA

La prostata è costituita da tessuto muscolare e ghiandolare. La sua principale funzione è quella di produrre il liquido seminale che trasporta gli spermatozoi.

Durante l'orgasmo, le contrazioni della muscolatura consentono il passaggio del liquido prostatico nell'uretra. Sempre durante l'orgasmo, gli spermatozoi, che vengono prodotti al livello dei testicoli, sono spinti contemporaneamente nell'uretra così che il liquido seminale contenente gli spermatozoi fuoriesce dal pene durante l'eiaculazione.

PATOLOGIA

L'Adenoma Prostatico è un tumore benigno che si sviluppa all'interno della ghiandola prostatica. (fig.3) Istologicamente si tratta di un fibroadenoma cioè una malattia benigna che può aumentare di volume ma che non è in grado di invadere ed infiltrare i tessuti adiacenti o di produrre metastasi a distanza.

Dopo i 40 anni può iniziare la formazione di un Adenoma prostatico che aumenterà progressivamente di volume nel tempo. Circa l'80% degli uomini presentano un adenoma ma molti di questi non avranno mai disturbi urinari.

È fondamentale ricordare che l'Ipertrofia Prostatica Benigna non è un cancro, né porta allo sviluppo di un cancro sebbene vi possano essere pazienti che presentano sia una Ipertrofia Prostatica Benigna che un cancro della prostata.

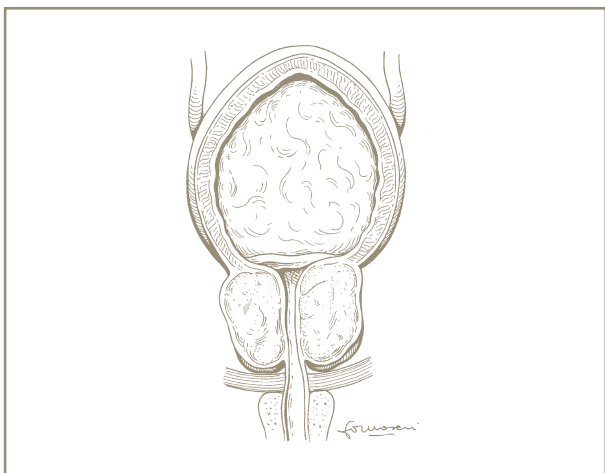


FIG. 2 ADENOMA PROSTATICO

SEDE

L'adenoma prostatico nasce all'interno della ghiandola prostatica, intorno all'uretra. Aumentando di volume spinge in periferia la ghiandola vera e propria e la sostituisce circondando l'uretra. La crescita dell'adenoma può protrarsi anche per molti anni. Quando viene asportato il peso dell'adenoma può andare da pochi grammi fino a superare, in alcuni rari casi, i 150 grammi.

La precocità o la latenza della sintomatologia ostruttiva è dovuta non tanto al volume dell'adenoma quanto alla localizzazione iniziale. Se l'adenoma si forma in tutta prossimità del collo vescicale i sintomi ostruttivi saranno precoci. In questo caso si parla spesso di adenoma prostatico dei giovani. Nel caso invece che l'adenoma interessi principalmente i due lobi laterali la crescita può durare anche molti anni e talora questi pazienti non arrivano mai all'intervento chirurgico.

LA PROSTATA, CONCETTI DI BASE:

- ❖ Che cosa è: una ghiandola maschile delle dimensioni e forma di una noce.
- ❖ Dove si trova: dinanzi al retto, al di sotto della vescica e intorno all'uretra.
- ❖ Cosa fa: produce il liquido seminale.

CLINICA

L'Adenoma prostatico aumentando di volume è causa di una graduale compressione dell'uretra, nel tratto che attraversa la prostata, provocando una ostruzione progressiva nel tempo.

Sebbene talora l'Adenoma prostatico non sia causa di alcun sintomo, più frequentemente questa condizione è causa di fastidiosi disturbi urinari che si manifestano come difficoltà ad urinare (getto debole), necessità di levate notturne per vuotare la vescica minzione frequente durante il giorno ed infine l'urgenza minzionale che talora può arrivare ad essere causa di incontinenza.

Inoltre, l'adenoma prostatico può causare una ostruzione tale da indurre un blocco della minzione. L'impossibilità o la grave difficoltà a vuotare la vescica può causare dei danni sia alla vescica stessa che ai reni.

DIAGNOSTICA

La diagnosi di adenoma prostatico, una volta esclusa una infezione urinaria, si basa su quattro esami: l'esplorazione rettale, il PSA, l'ecografia trans rettale e l'esame di Urodinamica.

Il **PSA** (o Antigene Prostatico Specifico) è una glicoproteina prodotta esclusivamente dalle cellule della prostata e si trova in alta concentrazione nel liquido seminale. In condizioni normali il PSA si trova in concentrazione estremamente bassa nel sangue.

Qualsiasi alterazione che provochi un sovvertimento della struttura cellulare prostatica può provocare un aumento del passaggio del PSA nel sangue. E' quindi importante ricordare che il PSA è una sostanza non tumore-specifica, ma prostato-specifica.

Una serie di manovre mediche o strumentali attraverso il canale uretrale o il retto possono far crescere il PSA. In particolare il posizionamento di un catetere vescicale, la cistoscopia, l'esplorazione rettale, il massaggio prostatico, l'ecografia trans-rettale della prostata possono essere causa di un temporaneo, sia pure relativo, aumento del PSA.

Analogamente il PSA può aumentare nella Prostatite, nella ritenzione urinaria acuta, nella Ipertrofia Prostatica Benigna.

Il PSA è tuttavia una sostanza che aumenta soprattutto in presenza di un focolaio di carcinoma prostatico, il che lo rende uno dei markers tumorali più utili in medicina.

Un aumento del PSA superiore a 2,5 ng/ml deve indirizzare il paziente ad una visita specialistica urologica.

Il PSA deve essere ripetuto con frequenza annuale quando i valori sono intorno all'unità. Per valori superiori si consigliano 2 controlli annuali, sempre accompagnati da una visita specialistica. Il dato forse più importante, oltre il valore assoluto, è l'aumento del PSA nel tempo. In caso di pazienti con parenti affetti da cancro della prostata i controlli devono iniziare a 40 anni. Purtroppo non tutti i tumori prostatici fanno aumentare il PSA in maniera significativa. Questo fatto spiega la necessità di accompagnare la determinazione del valore del PSA con un controllo specialistico.

L'esplorazione rettale permette di apprezzare la forma, il volume e la consistenza della ghiandola prostatica. Uno specialista esperto è in grado di fare una diagnosi corretta in un'alta percentuale di casi solo con questo esame iniziale.

L'ecografia trans rettale permette al medico ecografista di studiare le caratteristiche intrinseche della prostata, l'eventuale presenza di un carcinoma, di una calcolosi ed il volume e la localizzazione dell'adenoma. È un esame essenziale nella diagnostica dell'adenoma prostatico.

Il terzo ed ultimo esame è l'esame di **Urodinamica**. Questo esame serve a studiare la funzionalità vescicale. Infatti non dobbiamo dimenticare che l'adenoma prostatico è solo un ostacolo alla minzione.

Dopo la sua rimozione la minzione sarà normale in relazione al corretto funzionamento della vescica. Prima di porre l'indicazione ad un intervento chirurgico dobbiamo avere una serie di informazioni sulla capacità vescicale, sulla sua contrattilità, sulla sua stabilità.

Una vescica instabile infatti è causa di una urgenza minzionale della quale dobbiamo essere a conoscenza, prima dell'intervento, per poterla trattare adeguatamente dopo l'intervento di disostruzione.

SINTOMI CHE POSSONO INDICARE UNA MALATTIA PROSTATICA

- ◆ Getto urinario debole
- ◆ Difficoltà ad iniziare la minzione
- ◆ Minzione frequente
- ◆ Urgenza (difficoltà nel ritardare la minzione)
- ◆ Nicturia (necessità di alzarsi la notte ad urinare)
- ◆ Getto interrotto
- ◆ Ematuria (sangue nelle urine)
- ◆ Dolore o bruciore durante la minzione

N.B. Il tumore alla prostata non causa sintomi negli stadi precoci, quando cioè la terapia è ancora curativa.

TERAPIA MEDICA

La terapia dell'Ipertrofia Prostatica Benigna può essere sia medica che chirurgica. La terapia medica si basa essenzialmente su due gruppi di farmaci: gli Alfa-bloccanti e la Finasteride. La terapia chirurgica può essere endoscopica o chirurgica.

ALFA-BLOCCANTI

Come abbiamo detto nella prostata sono presenti in abbondanza delle fibre muscolari che si concentrano in particolare al livello del collo vescicale. È stato un urologo israeliano, Marco Caine, che per primo scoprì che queste fibre muscolari dipendevano, per la loro contrazione, da stimoli Alfa-simpatici.

Di conseguenza somministrando al paziente dei farmaci che riducono gli stimoli Alfa-simpatici è possibile ridurre la tensione muscolare presente al livello del collo vescicale e della prostata stessa.

Negli ultimi venti anni i farmaci utilizzati a questo scopo sono diventati sempre più selettivi e più efficaci, tanto che la terapia medica dell'Ipertrofia Prostatica Benigna si è imposta come una valida alternativa alla terapia chirurgica.

Su base statistica il ritardo dell'intervento chirurgico si aggira sui 7 anni. Peraltro queste terapie non hanno influenza alcuna sul progressivo aumento del volume della prostata ma si limitano a facilitare lo svuotamento vescicale facendo rilassare la muscolatura prostatica.

FINASTERIDE

Il Testosterone è l'ormone maschile che sovrintende al fisiologico funzionamento ed allo sviluppo della prostata. È noto infatti che in assenza di questo ormone la prostata non supera il volume raggiunto nell'età prepubere.

La Finasteride è un farmaco che blocca un enzima, chiamato 5-Alfa Reduttasi presente solo all'interno della prostata, che è deputato a trasformare il Testosterone nella sua forma attiva, il Diidro-Testosterone.

L'assunzione regolare della Finasteride arresta l'aumento volumetrico della prostata e di conseguenza ritarda l'eventuale intervento.

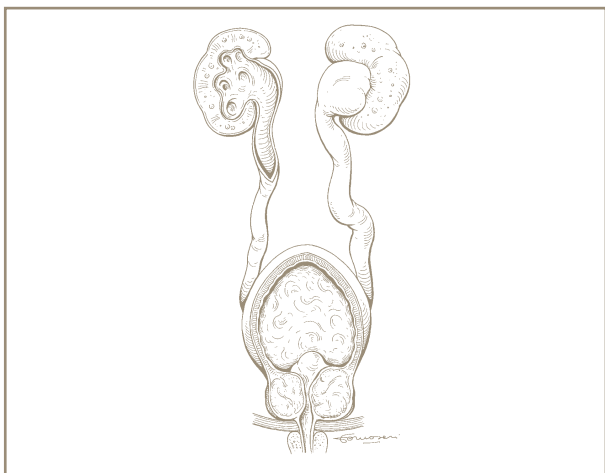


FIG. 3 ADENOMA PROSTATICO DI NOTEVOLI DIMENSIONI CON IDRONEFROSI SECONDARIA

TERAPIA CHIRURGICA

Peraltro la tecnica endoscopica trans-uretrale non può essere impiegata per delle prostate di volume superiore ai 70/80 grammi. Quando il diametro dell'Adenoma supera i 4cm è preferibile utilizzare una tecnica a cielo aperto. Infatti a questi volumi fare un intervento radicale ed un'emostasi perfetta è senz'altro più difficile ed il chirurgo, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, deve sempre tendere a fare un intervento radicale. (fig. 3)

La tecnica chirurgica a cielo aperto utilizzata in Italia è quella trans-vescicale. Dopo aver aperto la vescica il chirurgo fa una sezione circolare del collo vescicale ed enuclea con il dito l'adenoma. Successivamente si procede all'emostasi del collo vescicale e si introduce, attraverso l'uretra, un catetere gonfiando il palloncino all'interno della loggia prostatica. Si ottiene così un'emostasi ottimale.

Anche con l'intervento a cielo aperto i dolori, grazie ai progressi dell'anestesia, sono praticamente assenti ed il catetere viene rimosso in 5° giornata. I pazienti vengono dimessi in 7° giornata.

TERAPIA ENDOSCOPICA

La chirurgia trans-uretrale della prostata è nata in Europa ma fu negli Stati Uniti che si affermò già prima della seconda guerra mondiale. I progressi della tecnologia (ottiche Hopkins, fibre ottiche, sorgenti di luce allo Xenon, telecamere miniaturizzate, bisturi elettrici modulari), hanno reso questa tecnica chirurgica la terapia ideale dell'Ipertrofia Prostatica Benigna.

L'intervento consiste nell'introduzione, passando attraverso l'uretra, del Resettore che ha un diametro di 8mm. All'estremità interna del Resettore vi è un'ansa a semicerchio che conduce una corrente elettrica modulare che, di volta in volta, taglia i tessuti oppure coagula i piccoli vasi. (fig.4)

Il chirurgo muovendo l'ansa con dei movimenti di traslazione e controllando il tipo di corrente con il piede procede, sotto stretto controllo visivo, alla resezione del tessuto prostatico. La prostata viene idealmente divisa in 6 settori che vengono progressivamente asportati senza passare al successivo fino a quando l'emostasi del precedente non sia perfetta.

Il catetere viene rimosso dopo 36-48 ore e la degenza post-operatoria è ridotta a 3-4 giorni, senza dolori di sorta. La convalescenza, ottimale, non supera i sette giorni.

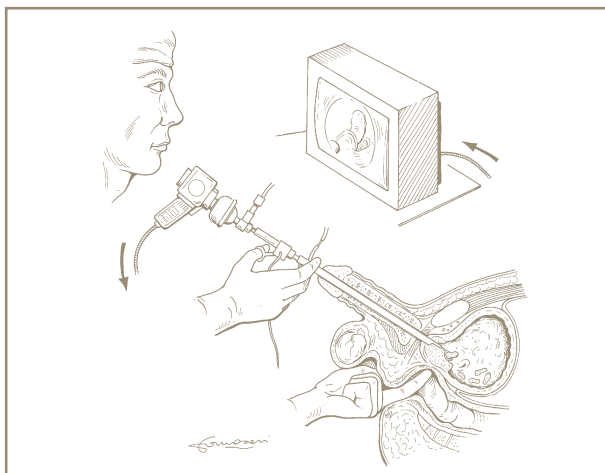


FIG. 14 RESEZIONE ENDOSCOPICA DELLA PROSTATA

POST OPERATORIO

Dopo la rimozione del catetere è normale la presenza di sangue nelle urine. L' emissione di urine ematiche o **rosate** può protrarsi per alcuni giorni. È bene assumere molti liquidi (fino a tre litri di acqua al giorno) **finché le urine si mantengono ematiche.**

L'introduzione di liquidi deve tornare alla normalità non appena le urine si schiariscono. Tracce microscopiche di sangue possono essere presenti nelle urine fino a 3 mesi dopo l'intervento.

Dopo circa 12 giorni dall'intervento (ma l'intervallo può variare) le escare residue alla resezione vengono eliminate e può ripresentarsi all'improvviso del sangue nelle urine.

Il fenomeno è solitamente transitorio e cessa spontaneamente. Nel caso la presenza di sangue sia importante e provochi difficoltà ad urinare è necessario contattare l'urologo.

La comparsa di **bruciori minzionali** subito dopo la rimozione del catetere è dovuta all'irritazione locale secondaria alla presenza, per 2 giorni, del catetere nell'uretra. Anche questo disturbo è passeggero.

Al contrario, forti bruciori che compaiano alcune settimane dopo l'intervento possono indicare una infezione urinaria; anche in questo caso è bene contattare l'urologo.

Il bisogno di correre al bagno all'improvviso (**urgenza**) compare o si accentua dopo l'intervento nelle **vesciche instabili**. Questo comportamento anomalo della vescica era già presente prima dell'intervento ma non sempre il paziente ne aveva coscienza a causa dell'ostacolo prostatico.

Una volta rimosso l'adenoma non vi è più nulla che trattenga l'urina quando la vescica si contrae in modo non più fisiologico e armonioso, ma improvviso e talora violento.

La rimozione dell'ostacolo prostatico porta ad uno squilibrio tra l'eccesso di forza della contrazione vescicale e la completa apertura del canale uretrale. Il fenomeno si attenua di solito dopo qualche settimana.

La normalizzazione può essere accelerata utilizzando una terapia medica che permette il controllo della frequenza e dell'intensità delle contrazioni vescicali autonome.

Con l'intervento viene alterata la normale dinamica dell'eiaculazione. Infatti la ghiandola prostatica produce circa l'85% del plasma seminale

Di conseguenza dopo l'intervento di resezione prostatica la quantità dell'eiaculato si riduce in modo significativo e quel poco che rimane non viene espulso all'esterno. Quindi anche se dopo l'intervento la **vita sessuale** è perfettamente normale, il paziente operato di prostata è **aspermico**. Questo non pregiudica i rapporti, ma elimina la possibilità di procreare.

CONVALESCENZA

Anche se non esiste una ferita chirurgica, la resezione endoscopica della prostata è un intervento a tutti gli effetti, con una superficie cruentata che deve andare incontro ad un processo di riepitelizzazione. È bene evitare, per 3-4 settimane, qualsiasi sforzo dei muscoli addominali, in quanto ogni aumento di pressione addominale si trasmette alla zona operata.

- ❖ Quindi **sollevare o portare pesi** eccessivi è controindicato.
- ❖ Così pure la **guida dell' auto** per lunghi percorsi deve essere evitata per circa 3 settimane.
- ❖ In caso di **alvo stitico**, è importante evitare eccessive spinte addominali, per cui è bene utilizzare dei lassativi.
- ❖ Dopo 5-6 giorni dall' intervento si può cominciare ad **uscire di casa**, con brevi passeggiate, evitando gli sforzi.
- ❖ Preferibile utilizzare la **doccia** invece di bagni molto caldi.
- ❖ Per la ripresa dell' attività sportiva nonché dell' attività sessuale è bene attendere 6 settimane.

FOLLOW-UP

Il primo controllo post-operatorio avviene ad un mese dall'intervento con una urino ed uretro coltura. L'intervento di asportazione dell'adenoma prostatico, eseguito per via trans-uretrale (95% dei casi) o a cielo aperto, non comporta l'asportazione della ghiandola prostatica vera e propria. Di conseguenza il paziente, al pari di altre persone che non hanno subito l'intervento di adenomectomia prostatica, può sempre sviluppare un carcinoma della prostata che è la malattia neoplastica più frequente della terza età.

Di conseguenza tutti gli uomini che hanno superato i 50 anni, sia che abbiano subito un intervento alla prostata che in caso contrario, devono sottoporsi **annualmente ad una visita rettale e ad un controllo del PSA.**

VANTAGGI

Il vantaggio principale della Resezione trans-uretrale (TURP) della prostata è l'assenza del dolore nel post-operatorio.

I risultati funzionali sono gli stessi che si ottengono dopo un intervento a cielo aperto. Una minzione libera, ad intervalli regolari e senza sforzo.

E' peraltro importante provvedere alla disostruzione prostatica prima che la vescica subisca alterazioni funzionali importanti talora difficili da recuperare.

RISULTATI

Indipendentemente dalla tecnica chirurgica utilizzata, endoscopica o a cielo aperto, il chirurgo deve sempre tendere ad una soluzione radicale e definitiva. In questo modo oltre ad ottenere un risultato funzionale ottimale si esclude la necessità di un secondo intervento nel tempo. In una percentuale inferiore al 2% vi possono essere peraltro delle recidive in genere dovute alla differente morfologia dell'adenoma.