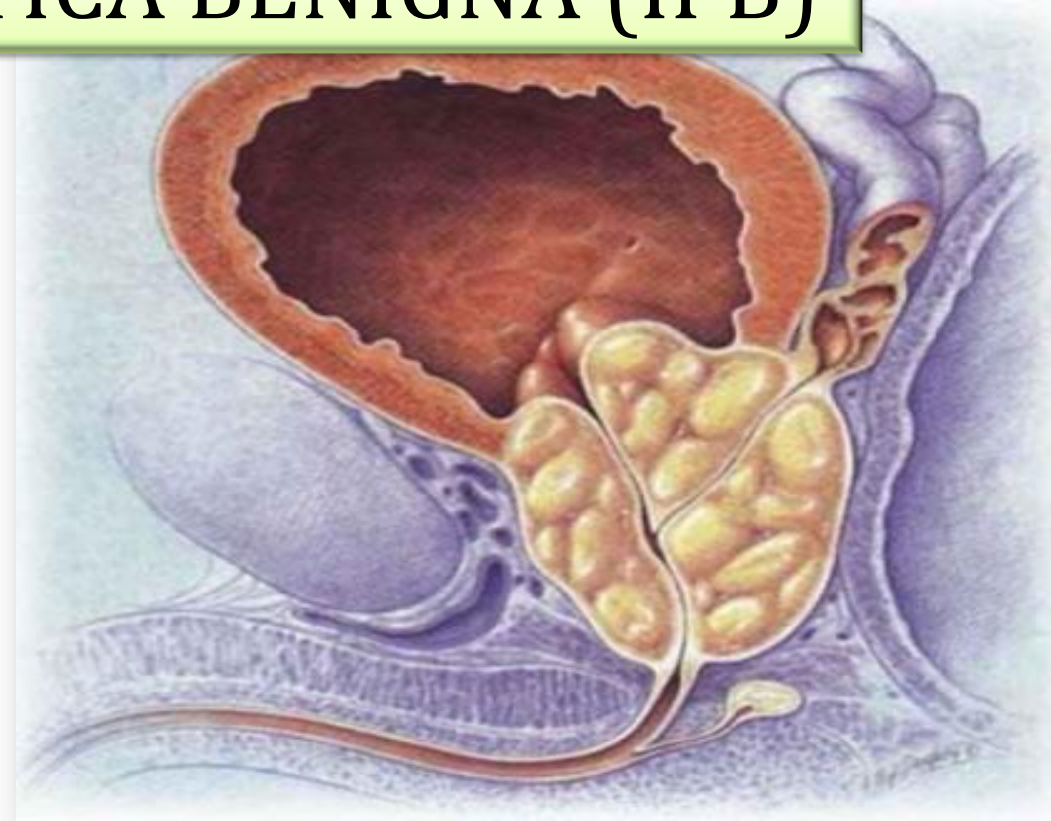


L'IPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA (IPB)



Dott. CARMINE DI PALMA

Andrologia, Urologia, Chirurgia Andrologica e Urologica,
Ecografia

Che cos'è l'iperplasia prostatica benigna?

L'ingrossamento benigno della prostata è la più frequente malattia della prostata, che con l'età si manifesta in misura più o meno pronunciata in quasi tutti gli uomini. Nella terminologia medica è chiamata «iperplasia prostatica benigna» o, in forma abbreviata, BPH (dall'inglese «Benign Prostatic Hyperplasia»). Occasionalmente si usano anche le espressioni «ipertrofia prostatica» o «adenoma prostatico». Anch'esse non significano altro che aumento di volume dovuto a proliferazione cellulare benigna nel tessuto prostatico. La crescita benigna riguarda prevalentemente il nucleo della ghiandola immediatamente

adiacente alla parete dell'uretra, e può avvenire irregolarmente in tre direzioni principali.

1 La crescita verso l'interno e la vescica può causare rapidamente un restringimento dell'uretra e quindi problemi nell'urinare.

2 La crescita verso l'esterno determina un ingrossamento della prostata palpabile dal medico, ma non sempre causa difficoltà nell'urinare.

3 La crescita verso il pavimento della vescica può causare nella vescica stessa forti disturbi da stasi urinaria.

Come ha origine?

La causa dell'iperplasia prostatica benigna non è ancora stata chiarita in modo definitivo ed è oggetto di ricerca. Già si conoscono i seguenti

fattori di rischio per l'insorgenza di questa malattia.

- Età avanzata.
- Produzione dell'ormone maschile «testosterone» da parte dei testicoli. Senza testosterone non c'è iperplasia prostatica. La terapia con antiormoni maschili, occasionalmente necessaria in pazienti con cancro della prostata, causa anche una riduzione del volume delle parti di prostata con iperplasia benigna.
- Ereditarietà: la predisposizione, in una parte dei pazienti che già prima dei 60 anni sviluppano un'iperplasia prostatica pronunciata, sembra essere di origine ereditaria.

Con che frequenza si manifesta?

L'iperplasia prostatica benigna è molto frequente e la sua incidenza aumenta con l'età. Indizi di iperplasia prostatica benigna sono riscontrabili nel 20% degli uomini di 50 anni e in circa il 50% di quelli di 60 anni. La malattia è presente nel 90% degli uomini sopra gli 80 anni. Il 15–30% degli uomini sopra i 50 anni soffre di disturbi della minzione la cui causa più frequente è l'iperplasia prostatica benigna. I disturbi aumentano con l'età.

Che disturbi causa?

L'ingrossamento della prostata porta in circa il 50% dei casi a un restringimento dell'uretra, e dunque anche alla compromissione del

deflusso dell'urina. Perciò, per urinare, la vescica deve superare una resistenza maggiore. Ne conseguono irritazione della vescica – durante la minzione si verificano i disturbi irritativi descritti in seguito – e sovraffaticamento della stessa, per cui non si riesce più a svuotarla completamente. Resta quindi un residuo di urina.

Disturbi tipici.

- Interruzione del sonno (anche ripetutamente) per urinare nel corso della notte.
- Esitazione all'inizio della minzione.
- Getto d'urina indebolito.
- Minzione prolungata.
- Sensazione di urina residua.
- Perdita di gocce di urina alla fine della minzione.

- Alla fine della minzione fuoriesce una seconda piccola porzione.
- Per svuotare completamente la vescica bisogna «spingere».
- Bruciore.
- Minzioni frequenti, persino ogni ora.
- Minzione imperiosa (in presenza di questo bisogno il paziente deve urinare subito: c'è appena il tempo di arrivare al bagno).

I disturbi sono tollerati in misura diversa da un paziente all'altro e anche la loro intensità è variabile. Sintomi (disturbi) analoghi possono derivare anche da restringimenti dell'uretra dovuti a cicatrici. Importante è evitare uno scompenso (tensione eccessiva) della vescica urinaria e un ristagno cronico d'urina a monte, con danno ai reni. Vi è una parte degli uomini che

durante l'invecchiamento risente poco o nulla dei problemi di minzione in termini di qualità della vita. Spesso però i disturbi pregiudicano la vita quotidiana, riducono la qualità della vita e limitano la sessualità. La riduzione della qualità della vita dovuta alle difficoltà di minzione, oltre ai motivi assoluti, sono criteri essenziali nella cura dell'iperplasia prostatica benigna.

Quali esami effettuare?

Di norma, la visita dell'urologo comincia con un'interrogazione approfondita in merito ai disturbi ed alle abitudini relative alla minzione. Inoltre, si pongono domande riguardanti l'anamnesi urologica, le precedenti terapie e la presenza di malattie della prostata fra i parenti

stretti (padre, fratelli). Prima dell'esame fisico si effettua un prelievo di sangue, per determinare innanzitutto un parametro che permette di stabilire la funzionalità renale, perché le malattie della prostata possono pregiudicarla. Inoltre, a partire dai 50 anni (eventualmente anche prima) viene misurato anche il tasso di PSA, cioè la quantità di antigene prostatico specifico. La parte più importante dell'esame fisico è la palpazione della prostata per via rettale, con relativa valutazione. Se ne rilevano la forma, le dimensioni, eventuali irregolarità della superficie e la dolorabilità alla pressione. Talvolta, ancor prima dell'esame fisico si effettua una misurazione del flusso urinario. Il paziente urina in un apposito apparecchio che misura la quantità

di urina emessa e la velocità del getto. Con questo esame si ottengono indicazioni in merito all'entità dell'ostacolo al deflusso dell'urina. Dopo la misurazione del flusso urinario si determina con l'ecografia la quantità di urina residua presente nella vescica. Occasionalmente l'urologo, in base ai risultati ottenuti, consiglierà anche una cistoscopia (esame endoscopico dell'uretra e della vescica con uno strumento introdotto attraverso l'uretra), per poter escludere cause dei disturbi diverse dall'iperplasia prostatica e decidere il tipo di terapia ottimale in vista di un'operazione.

Come si può curare?

Spesso l'iperplasia prostatica benigna non costituisce trasformazione patologica che richieda un

trattamento. La terapia è infatti necessaria solo quando l'ingrossamento della prostata provoca disturbi. La decisione di iniziare una terapia dipende dai risultati degli esami descritti in precedenza. Oggigiorno sono disponibili le seguenti possibilità di trattamento.

A. Aspettare e osservare

Questa opzione entra in considerazione per i pazienti con pochi disturbi, poca urina residua e un buon getto.

B. Misure dietetiche

Numerosi studi hanno dimostrato che né l'alimentazione né le diete specifiche possono influire direttamente sulla crescita della prostata. È consigliabile consumare

con moderazione alimenti potenzialmente irritanti come il pepe, la paprica, le spezie, la birra, il vino bianco ecc. e svolgere regolarmente attività fisica, perché talvolta ciò può contribuire ad alleviare i sintomi. Il consumo di semi di zucca aiuta spesso in caso di disturbi leggeri.

C. Terapia con medicinali

Nei pazienti con disturbi di media entità, getto d'urina indebolito e urina residua inferiore a 1 dl (100 ml) entra in considerazione una terapia con medicinali.

1. Medicamenti che influiscono sul metabolismo della prostata (inibitori della 5-alfa-reduttasi)

La crescita della prostata è regolata da ormoni sessuali maschili, i

cosiddetti androgeni. Medicamenti come gli inibitori della 5-alfa-reduttasi bloccano la trasformazione dell'ormone sessuale maschile testosterone nelle cellule. Un trattamento con questo tipo di medicinali riduce di circa il 30% il volume della prostata e migliora leggermente la forza del getto. Il 10% dei pazienti lamenta diminuzione dell'ejaculazione e della libido e in parte persino disturbi dell'erezione. Gli inibitori della 5-alfa-reduttasi abbassano del 50% il livello del PSA (antigene specifico della prostata), perciò bisogna tenerne conto se l'esame mira a rivelare un eventuale cancro della prostata.

2. Alfa-bloccanti

I cosiddetti alfa-bloccanti non agiscono sul volume della prostata,

ma diminuiscono la tensione muscolare e determinano un rilassamento del collo della vescica, della prostata e dell'uretra. Per migliorare la tollerabilità di questa terapia oggi si utilizzano alfa-bloccanti che agiscono molto più specificamente su uretra, prostata e collo della vescica (i cosiddetti bloccanti alfa 1). Ciononostante, in rari casi, effetti collaterali quali calo della pressione sanguigna, naso otturato, disturbi dell'erezione ed eiaculazione nella vescica obbligano a sospendere questa terapia.

3. Fitoterapeutici

Questi medicinali sono costituiti da estratti vegetali. L'azione terapeutica si basa principalmente su un effetto antiormonale ed antinfiammatorio. A parte l'allergia

non ci sono controindicazioni a questi medicinali, che sono quindi ben tollerati.

4. Anticolinergici

Questa classe di medicinali ha un effetto calmante sulla muscolatura liscia della vescica. In presenza di un'iperplasia prostatica benigna accompagnata da disturbi irritativi, essi possono essere impiegati in concomitanza con un alfa-bloccante. In caso di disturbi causati dall'ingrossamento della prostata, tuttavia, questi medicinali non vanno impiegati come unica terapia, dato che aumentano il rischio che il paziente si trovi improvvisamente incapace a urinare (ritenzione urinaria). Effetti collaterali tipici sono costituiti da stipsi (stitichezza), secchezza della bocca, disturbi alla

vista o confusione. L'assunzione concomitante di anticolinergici deve essere assolutamente concordata con il proprio urologo. A quale classe di medicinali dare la preferenza nei singoli casi dipende soprattutto dalla tollerabilità individuale.

La scelta dei farmaci è fatta insieme dal paziente e dal medico curante. Di norma si impiegano estratti vegetali (fitoterapeutici) nei pazienti che soffrono soprattutto di sintomi irritativi a livello della vescica oppure per i quali non entrano in considerazione gli alfa-bloccanti. Gli alfabloccanti restano i farmaci di prima scelta nei pazienti in cui il getto di urina è ostacolato. Gli inibitori della 5-alfareduttasi sono indicati specialmente per i pazienti che hanno una prostata ingrossata (volume di oltre 40 ml). Ultimamente

si impiegano spesso anche preparati combinati (alfabloccanti + inibitori della 5-alfa-reduttasi).

D. Terapia chirurgica

Se l'effetto dei medicinali non è sufficiente oppure se la loro efficacia diminuisce, diventa necessario un intervento chirurgico. Se malgrado la terapia medicamentosa la vescica non si svuota a sufficienza, si forma dell'urina residua, che può provocare una tensione eccessiva della parete vescicale. Con il passare del tempo la vescica può subire danni tali che non è più possibile urinare in modo normale. Altre conseguenze di un'eccessiva urina residua che richiedono un intervento chirurgico sono ripetute cistiti (infiammazioni della vescica), formazione di calcoli vescicali e stasi

urinaria nei reni. Caratteristica comune di tutti gli interventi chirurgici è che la prostata viene svuotata. I tipi di intervento praticati sono i seguenti.

- Resezione (o ablazione) transuretrale della prostata (TURP) con corrente ad alta frequenza o laser
- Prostatectomia a cielo aperto

Che cosa succede dopo l'operazione?

Gli interventi descritti portano di norma a un immediato miglioramento della minzione. Dopo la dimissione dall'ospedale, per circa 3 mesi è ancora possibile trovare nell'urina globuli bianchi (leucocituria) o rossi (ematuria). La leucocituria può essere il segno di

un'infezione. In generale però non occorre una terapia supplementare con antibiotici, a meno che non si manifestino disturbi come una cistite. In caso di sforzo fisico, che deve essere assolutamente evitato nelle prime 4 settimane dopo un intervento chirurgico, può anche verificarsi un'emorragia secondaria più o meno forte. Spesso come rimedio basta bere di più. In casi rari bisogna far ricorso ad un urologo. Circa 3 mesi dopo l'intervento non dovrebbero più esserci nell'urina né infezioni né sangue e dovrebbe essere possibile svuotare completamente la vescica con un buon getto. Anche il bisogno impellente di urinare (minzione imperiosa) dovrebbe essere scomparso. In caso contrario è consigliabile una nuova visita

urologica. Una perdita della funzione erettile dopo un intervento chirurgico per iperplasia prostatica benigna si osserva in meno del 5% dei pazienti. Dopo l'intervento il cosiddetto «orgasmo secco» (eiaculazione in vescica) è la norma. Dato che nel trattamento chirurgico dell'iperplasia prostatica benigna si asporta soltanto la parte di ghiandola proliferata attorno all'uretra fino alla capsula, e visto che la prostata vera e propria rimane come una cosiddetta «capsula chirurgica», è comunque sempre possibile che in tempi successivi compaia un cancro della prostata. Perciò valgono immutati i consigli riguardanti l'accertamento precoce del cancro della prostata. Anche se l'intervento chirurgico è stato eseguito a regola d'arte, dopo 8-10 anni la prostata può ingrossarsi

di nuovo (in seguito alla crescita del tessuto).