

# L'IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA. COSA È, QUALI SONO I SINTOMI E COME POSSIAMO CURARLA.

Collana “piùinforma”



WHAT'S NEW IN  
MONTALEGRO  
CULTURA DELLA SALUTE





Dott. CARLO INTROINI  
Medico Chirurgo

Nato a Savona il 06/11/1966.

Laurea in Medicina e Chirurgia  
presso l'Università di Pisa  
nel settembre 1993.

Abilitazione all'esercizio della  
professione Medico Chirurgica  
nel 1993.

Specializzazione in Urologia  
presso l'Università degli Studi  
di Trieste nel 2000.

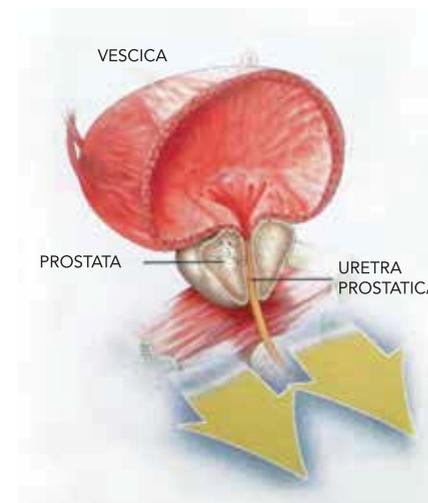
Coordinatore Dipartimento  
Urologico - Istituto di Ricovero  
e Cura ad Alta Specializzazione  
NCC-AL, Alessandria.

Carlo Introini garantisce di essere l'autore e l'unico titolare di ogni e qualsiasi diritto esclusivo relativo all'opera oggetto della pubblicazione "L'ipertrofia prostatica benigna. Cosa è, quali sono i sintomi e come possiamo curarla".

Egli si impegna pertanto a garantire e manlevare l'Editore da eventuali pretese e/o azioni di terzi che rivendicassero diritti sull'opera oggetto della presente pubblicazione, impegnandosi a tenerlo indenne da ogni conseguenza pregiudizievole derivante dall'accertamento dell'altrui paternità dell'opera e/o di parti di essa.

## COS'È LA PROSTATA?

La prostata è un organo che fa parte del sistema riproduttivo maschile. Ha la forma di una castagna e, in un uomo di 25 anni, pesa circa 20 grammi. Il suo volume e il suo peso possono tuttavia variare molto - soprattutto con l'aumentare dell'età - e raggiungere pesi superiori ai 100 grammi. Può essere suddivisa in una zona periferica, una centrale e una transizionale. È attraversata al suo interno dall'uretra (uretra prostatica) e poggia con il suo apice su una struttura muscolare rappresentata dal muscolo elevatore dell'ano, le cui fibre concorrono a formare lo sfintere striato dell'uretra (struttura importante per il mantenimento della continenza urinaria).



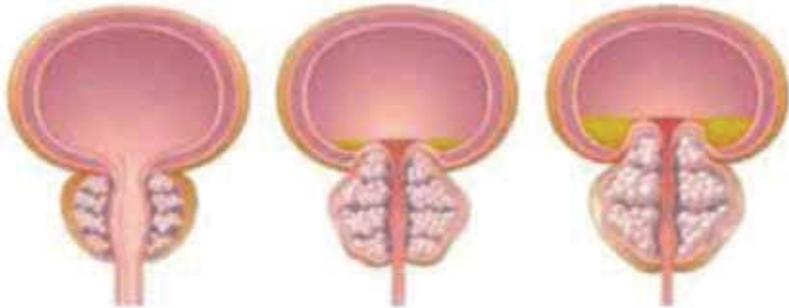
Ha la funzione di produrre il fluido prostatico, una delle componenti principali del liquido seminale. L'uretra consente il deflusso di urina dalla vescica verso l'esterno durante la minzione; dal momento che una porzione di uretra è sita internamente alla prostata, modificazioni di volume e di struttura della prostata possono creare ostacoli al deflusso di urina e di conseguenza rendere difficoltosa la minzione.

L'aumento volumetrico dell'organo, dovuto alla proliferazione delle cellule che compongono la zona transizionale, con conseguenti modificazioni nel calibro e nel decorso dell'uretra prostatica, configurano una patologia chiamata ipertrofia prostatica (IP).

## COSA SI INTENDE PER IPERTROFIA PROSTATICA?

L'aumento di volume della zona transizionale della prostata (la zona che è più prossima all'uretra prostatica), associato a una sintomatologia

tipica della malattia, che non rispecchia necessariamente l'aumento di volume della ghiandola, definiscono l'ipertrofia prostatica. Questa patologia, chiamata anche adenoma prostatico o iperplasia prostatica benigna, è, insieme con la cataratta, la più frequente nella popolazione maschile al di sopra dei 60 anni. Oggi non è ancora del tutto noto il meccanismo alla base della patologia, nonostante possa colpire dal 5 al 10% degli uomini intorno ai quarant'anni fino ad arrivare all'80% degli uomini con età compresa tra i 70 e gli 80 anni.



L'ingrossamento della ghiandola determina una riduzione del calibro dell'uretra e un aumento della sua tortuosità che, associati ad alterazioni della componente muscolare del collo vescicale, dello sfintere uretrale e della ghiandola stessa, rendono più difficoltosa la minzione e individuano un gruppo di sintomi tipici della patologia; tutto questo è in grado di causare, in un primo momento, grossi disagi nella vita quotidiana e successivamente, se non trattati in modo adeguato, quadri complicati di notevole importanza.

#### QUALI SONO I SINTOMI PIÙ FREQUENTI DELL'IPERTROFIA PROSTATICA?

I sintomi dell'ipertrofia prostatica benigna non sono legati esclusivamente all'aumento volumetrico della ghiandola, ma anche ad alterazioni nella contrazione della componente muscolare (a livello del collo vescicale, zona in cui prostata e vescica sono direttamente a contatto).

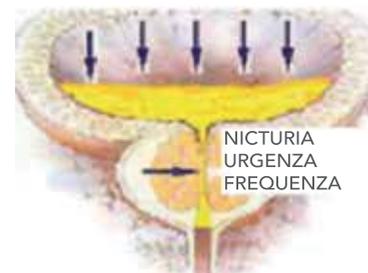
Ne consegue che Pazienti con prostate relativamente piccole possono soffrire di gravi disturbi, mentre Pazienti con prostate grandi possono avere pochi sintomi della malattia.

I sintomi della patologia si possono distinguere in disturbi di tipo irritativo e di tipo ostruttivo.

#### I disturbi di tipo irritativo comprendono:

- il bisogno di urinare frequentemente durante la giornata, con emissione di scarse quantità di urine (*pollachiuria*);
- il bisogno di urinare frequentemente durante la notte, con conseguente diminuzione delle ore di sonno (*pollachiuria notturna* o, impropriamente, *nicturia*);
- la necessità improvvisa di urinare immediatamente (*urgenza minzionale*);
- il dolore e il bruciore durante la minzione (*stranguria*).

#### SINTOMI IRRITATIVI



#### I disturbi di tipo ostruttivo

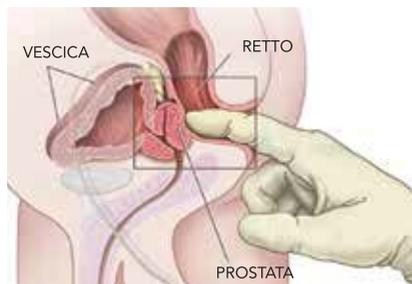
(determinati da alterazioni dello svuotamento vescicale) comprendono:

- la diminuzione del flusso e della forza del getto di urine (*mitto ipovalido*);
- la sensazione di incompleto svuotamento vescicale al termine della minzione e successivo "fastidio" sovrapubico;
- la difficoltà a iniziare la minzione, nonostante la presenza di un forte stimolo a urinare;
- dopo aver urinato, si nota la fuoriuscita di alcune gocce di urina (*gocciolamento post-minzionale*);
- non si urina con flusso continuo, ma con getto intermittente (*mitto intermittente* o *minzione in due tempi*).

Tutti questi sintomi influiscono in maniera notevole nella vita quotidiana e spingono solitamente il Paziente a rivolgersi al Medico specialista urologo per una diagnosi e per l'impostazione della corretta strategia terapeutica.

### COME SI FA DIAGNOSI DI IPERTROFIA PROSTATICA?

Dopo un'attenta raccolta anamnestica, riguardante sia le condizioni di salute generale sia le condizioni del Paziente dal punto di vista strettamente urologico, lo Specialista, già orientato verso un sospetto diagnostico, procede all'esame fisico del Paziente. Due esami consentono la corretta diagnosi di ipertrofia prostatica: l'esplorazione rettale e l'ecografia addominale a vescica piena e dopo la minzione.



L'esplorazione rettale, effettuata dall'Urologo attraverso l'introduzione nel retto del Paziente di un dito coperto da un guanto e adeguatamente lubrificato in modo da evitare ogni sensazione dolorosa, permette di apprezzare il volume e la consistenza della prostata in ragione degli stretti rapporti che essa ha con la parete rettale. Attraverso questa manovra si esplora in particolare la zona periferica, consentendo all'Urologo di indagare anche l'eventuale presenza di carcinoma della prostata che, talvolta palpabile, non è associato all'ipertrofia prostatica.

L'ecografia, che consiste nell'analisi di immagini trasmesse da una sonda posta sull'addome del Paziente, viene eseguita inizialmente a vescica piena, per apprezzare al meglio le dimensioni della prostata e valutare l'eventuale presenza di diverticoli e di calcoli, segno di ipertrofia prostatica complicata.

L'esame può comprendere anche uno studio ecografico delle alte vie urinarie per escludere la



dilatazione a monte dell'uretere. Viene poi richiesto al Paziente di vuotare la vescica per valutare l'eventuale quantità di urina che residua in vescica dopo la minzione spontanea.

### L'IPERTROFIA PROSTATICA È UN FATTORE DI RISCHIO PER IL CARCINOMA DELLA PROSTATA?

L'ipertrofia prostatica **non** è un fattore di rischio per il carcinoma della prostata. È tuttavia possibile che le due entità cliniche coesistano nello stesso Paziente.

Oltre alla visita urologica precedentemente descritta è consigliabile, dopo una certa età (normalmente dopo i 48-50 anni), eseguire un dosaggio dei livelli ematici (che si ottiene con un normale esame del sangue) di PSA. Il PSA (Antigene Prostatico Specifico) è una glicoproteina prodotta dalle cellule prostatiche sia ipertrofiche (appunto, aumentate di volume), sia in presenza di infiammazione, infezione o tumore. Il dosaggio è consigliabile a partire dai 48-50 anni, proprio perché è altamente improbabile che il tumore della prostata possa manifestarsi prima.

Se il valore del PSA dovesse risultare alterato, l'Urologo consiglierà successivamente indagini e/o esami più mirati per meglio definire il quadro clinico e le eventuali strategie terapeutiche più corrette.

### QUALI SONO LE COMPLICANZE DELL'IPERTROFIA PROSTATICA?

L'ipertrofia prostatica può risultare una patologia ad andamento subdolo e di difficile riscontro. Ai sintomi che alterano la qualità di vita del Paziente, predominanti nei primi momenti della malattia, si affiancano condizioni da considerarsi come quadri clinici gravi. Tra questi possiamo ricordare: - la ritenzione urinaria acuta (incapacità a produrre una minzione o "blocco della minzione") che può colpire i Pazienti che presentano la patologia da tempo e non sono stati adeguatamente trattati;



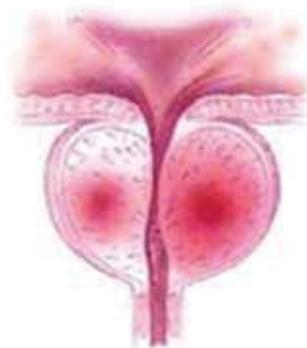
- la presenza di diverticoli vescicali (spazi privi di muscolatura nella parete vescicale) che si formano a causa dell'eccessivo ristagno di urina e degli sforzi necessari a superare l'ostruzione urinaria conseguente alla patologia;
- la calcolosi vescicale, conseguente al ristagno di urina e al deposito di cristalli in vescica;

- le prostatiti e le cistiti, patologie di norma non frequenti nel maschio, la cui incidenza aumenta in corso di ipertrofia prostatica, per la proliferazione batterica, favorita dal ristagno di urina;
- il reflusso vescico-ureterale, condizione in cui l'urina ristagna e risale, "controcorrente", lungo l'uretere (il condotto che porta l'urina dai reni alla vescica), causa di infezioni alle alte vie urinarie che possono creare problemi di setticemia (infezione diffusa a tutto l'organismo).

## IPERTROFIA PROSTATICA E PROSTATITE

Con il termine di prostatite si intende normalmente un'inflammatione e/o un'infezione della prostata.

Questa situazione, che può spesso interessare Pazienti di giovane età, provoca una grande varietà di sintomi e disturbi alcuni dei quali molto simili e sovrapponibili a quelli causati dall'ipertrofia prostatica come la pollachiuria, la disuria e la difficoltà alla fase di svuotamento vescicale. Questo perché l'alterazione infettiva o infiammatoria della ghiandola prostatica determina un ingrossamento dell'organo con conseguente effetto di compressione sulla ve-



scica e in particolare sull'uretra, che simula la sensazione fisiologica della necessità di urinare. Il quadro acuto della prostatite può accompagnarsi caratteristicamente a febbre alta e brivido.

Oltre all'infezione da parte di microrganismi, tra le cause più frequenti di prostatite ci sono:

- alterazione dell'alvo con evacuazione irregolare (diarrea o stitichezza), che possono provocare congestione del pavimento pelvico e quindi infiammazione della prostata;
- alimentazione non equilibrata, in particolare forti consumi di alcoolici e superalcolici che presentano additivi chimici e svolgono un'azione tossica sull'apparato urinario;
- il fumo di sigaretta, in grado di alterare la risposta dei tessuti ai danni subiti;
- l'attività troppo sedentaria, con mancanza di sollecitazione della muscolatura pelvico-perineale e successivi fenomeni "compressivi" sulla ghiandola stessa.

Una volta fatta diagnosi dall'Urologo, il trattamento è sostanzialmente farmacologico e comportamentale (in particolare consigli sulla dieta da seguire), molto raramente chirurgico.

Non è stato evidenziato in letteratura alcun nesso biologico e/o comportamentale tra infiammazione prostatica e tumore della prostata.

## QUAL È IL TRATTAMENTO DELL'IPERTROFIA PROSTATICA?

Esistono diverse opzioni per il trattamento dell'ipertrofia prostatica benigna; vengono scelte in primo luogo in ragione delle caratteristiche cliniche del Paziente e in secondo luogo in base alle aspettative e alle preferenze del Paziente. Le opzioni a disposizione sono rappresentate dalla terapia medica, dalla terapia chirurgica di tipo endoscopico e dalla terapia chirurgica tradizionale.

## Terapia medica

Esistono diversi farmaci in grado di trattare in maniera soddisfacente questa patologia; sono rappresentati fondamentalmente da due categorie differenti, con azioni ed effetti diversi, che possono tranquillamente essere utilizzati contemporaneamente. In questo caso si parla di "terapia di combinazione".

**Gli  $\alpha$  (alfa) bloccanti** (o alfa-litici), nati come farmaci contro l'ipertensione arteriosa per la loro capacità di diminuire la contrazione muscolare delle arterie, sono oggi utilizzati prevalentemente nell'ipertrofia prostatica. Le molecole più conosciute sono alfuzosina, terazosina, tamsulosin e doxazosina.

Agiscono sulla muscolatura del collo vescicale e della prostata, la cui contrazione, come abbiamo visto, è uno degli elementi principali nella sintomatologia legata all'ipertrofia prostatica.

Assunti giornalmente consentono, in buona parte dei Pazienti, di ottenere un buon controllo sulla sintomatologia. Possono procurare un lieve calo pressorio e talvolta eiaculazione retrograda.

In quest'ultimo caso il piacere sessuale non risulta in alcun modo diminuito; tuttavia il liquido spermatico fluirà in vescica e non all'esterno. Questo effetto collaterale risulta reversibile, cessando con l'interruzione della terapia farmacologica.

È stato scoperto che la crescita del tessuto prostatico, alla base dell'ipertrofia prostatica benigna, è dipendente (ma non solo, probabilmente) da un ormone chiamato diidrotestosterone (DHT), prodotto dalle cellule prostatiche stesse, a partire dal testosterone normalmente circolante nel sangue nel maschio. **Gli inibitori della  $5\alpha$ -reduttasi** (finasteride e dutasteride) impediscono questa conversione, consentendo una parziale riduzione del volume prostatico.

Recenti studi hanno dimostrato come l'associazione terapeutica di **inibitori della  $5\alpha$ -reduttasi e  $\alpha$  (alfa) bloccanti**, appunto la

terapia di combinazione, consenta una notevole riduzione del volume prostatico e ottenga i risultati migliori per quanto riguarda il controllo della sintomatologia.

Nonostante la terapia medica rimanga il primo passo nella terapia dell'ipertrofia prostatica benigna, non sempre risulta efficace e costringe il Paziente all'assunzione quotidiana di uno o due farmaci; è quindi possibile ricorrere alla terapia chirurgica per il controllo e la cura di questa patologia.

## Terapia chirurgica endoscopica

Fin dall'antichità sono stati tentati approcci che consentissero di asportare parti di prostata attraverso l'uretra, per risolvere l'ostruzione derivante dall'ipertrofia prostatica benigna.

Con il termine di chirurgia endoscopica si fa riferimento a una tecnica chirurgica che consente l'accesso agli organi da trattare attraverso le cavità naturali del corpo. Parlando di prostata, la tecnica prevede, dopo un'anestesia spinale (che rende insensibile la metà inferiore del corpo) o un'anestesia generale, l'introduzione di uno strumento rigido nell'uretra attraverso il pene con cui raggiungere la porzione di uretra compresa nella prostata.

Possono essere proposti diversi tipi di interventi:

- **TUIP (Incisione Trans Uretrale della Prostata** o del collo vescicale): dopo l'introduzione dello strumento, si effettuano dei tagli nel tessuto prostatico e a livello del collo vescicale per allargare il lume naturale della prostata. Questo tipo di intervento è consigliato per Pazienti che pre-



sentino prostate non voluminose. È rapido, a basso rischio di sanguinamento e consente la dimissione in seconda giornata post operatoria.

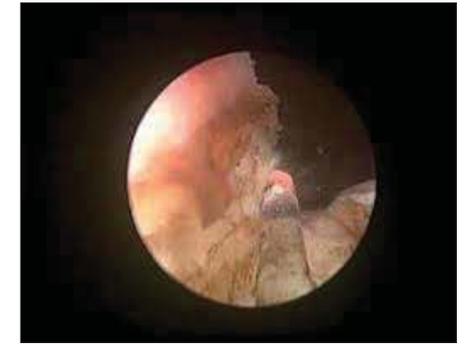
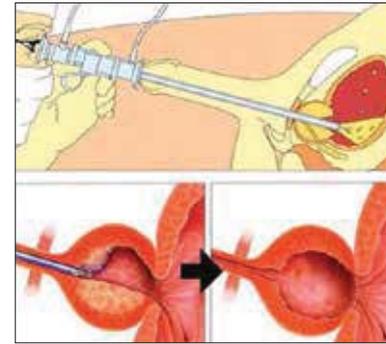
- **TURP (Resezione Trans Uretrale della Prostata)**: lo strumento utilizzato è simile a quello utilizzato per la TUIP; dopo l'introduzione nell'uretra, la parte di prostata che circonda l'uretra viene resecata con uno strumento che ricorda la "piatta di un falegname". Durante questo intervento viene asportata solo la porzione di prostata che causa l'ostruzione e non vengono interessate le strutture nervose situate in prossimità della capsula prostatica. Di conseguenza questo intervento non incide sulle capacità erettile del Paziente che, dopo un congruo periodo di tempo per consentire la guarigione della prostata, potrà riprendere la sua normale attività sessuale.

Se in passato la resezione avveniva attraverso l'uso di correnti monopolari, oggi l'avvento della **TURP bipolare** (a differenza della monopolare, la corrente elettrica non attraversa tutto il corpo, ma solo lo strumento) ha consentito un controllo ottimale del sanguinamento, rendendo questo intervento il più sicuro per quanto riguarda la terapia chirurgica endoscopica dell'ipertrofia prostatica.

Normalmente il catetere vescicale, posizionato intraoperatoriamente, viene rimosso due o tre giorni dopo l'intervento.

- **TULIP**: si tratta di incisioni e resezioni transuretrali che utilizzano la tecnica laser. La procedura prevede, come le precedenti, l'anestesia generale o spinale; tuttavia, a fronte di un buon controllo emorragico, non presenta sostanziali vantaggi rispetto alla TURP bipolare ed è gravata da un maggior tempo operatorio e da una più difficoltosa esecuzione. Inoltre, per le varie tipologie di laser presentate in questi ultimi anni, non si sono ancora raggiunti studi clinici controllati con follow-up abbastan-

za lunghi (in questo caso si parla almeno 10-15 anni e con decine di migliaia di Pazienti studiati) necessari a validare, al pari della TURP, questa tecnica.



### Terapia chirurgica a cielo aperto

La terapia chirurgica a cielo aperto che, prima del perfezionamento delle tecniche chirurgiche endoscopiche, era frequentemente praticata, attualmente trova applicazione per le prostate particolarmente voluminose (superiori a 100g) o in caso di ipertrofia prostatica complicata da litiasi vescicale (la formazione di calcoli) o importanti diverticoli vescicali. Questa tecnica, eseguita in anestesia generale o spinale, prevede un'incisione nella parte inferiore dell'addome, attraverso la quale il Chirurgo, dopo aver aperto la vescica, procede alla rimozione dell'adenoma prostatico. Anche in questo caso la prostata non è completamente eliminata, ma viene asportata soltanto la porzione che circonda l'uretra. Questo intervento richiede tempi di degenza più lunghi ed è gravato da maggiori complicanze intra- e post operatorie. La rimozione del catetere vescicale è effettuata più tardi rispetto alle tecniche chirurgiche endoscopiche, normalmente dopo la quinta giornata successiva all'intervento.

La terapia endoscopica rappresenta dunque, nell'ambito delle terapie chirurgiche, il "gold standard" nel trattamento della patologia;



bisogna però ricordare che, come tutti gli interventi chirurgici, non è priva di complicanze ed effetti collaterali. Per quanto riguarda la sfera della sessualità, nessuna delle terapie chirurgiche citate ha

effetto sulle capacità di erezione del Paziente. Se il Paziente è in grado di ottenere una valida erezione prima dell'intervento, sarà in grado di ottenerla anche dopo la procedura. È da notare, tuttavia, che quasi tutti gli interventi chirurgici portano a eiaculazione retrograda definitiva. Pur mantenendo inalterato il piacere sessuale, i Pazienti che si sottopongono a questo intervento non potranno più vedere fuoriuscire il liquido seminale, che verrà "dirottato" in vescica, con conseguente infertilità permanente. Eventualità, rare ma possibili, sono il sanguinamento intraoperatorio e/o la formazione di restringimenti (stenosi) conseguenti all'introduzione dello strumento.

#### IPERTROFIA PROSTATICA ED EIACULAZIONE RETROGRADA

Il processo dell'eiaculazione consiste, sommariamente, nella contrazione sinergica dei muscoli perineali e del pavimento pelvico, con la contemporanea chiusura del collo vescicale. Tutto questo può non accadere a causa di un danno neurologico e/o anatomico-muscolare.

L'eiaculazione retrograda consiste nell'eiaculazione in vescica a causa della mancata chiusura del collo vescicale. L'orgasmo, che in questo caso viene definito "secco", si verifi-

ca per una mancata emissione all'esterno dello sperma, mentre si produce a vuoto la fase di emissione (e conseguente eiaculazione), grazie alla fisiologica contrazione dei muscoli perineali che producono una sensazione del tutto paragonabile all'orgasmo. Oltre a cause neurologiche di eiaculazione retrograda (lesioni della colonna vertebrale, interventi chirurgici del retroperitoneo, diabete, sclerosi multipla), le "cause anatomiche" più frequenti sono rappresentate come si diceva da esiti di interventi chirurgici e/o endoscopici a livello della prostata, collo vescicale e uretra. In questa tipologia di interventi si può creare un danno che altera l'integrità delle fibre muscolo-elastiche dello sfintere liscio a livello del collo vescicale in una percentuale che varia, a seconda della procedura eseguita, dal 30 al 100% dei casi. Infine anche alcuni farmaci sono in grado di avere, come effetto collaterale, la capacità di indurre eiaculazione retrograda come neurolettici, diuretici, narcotici, antiipertensivi e, in particolare, gli alfa-litici utilizzati nel trattamento dell'ipertrofia prostatica o comunque nei disturbi dello svuotamento vescicale. È importante sottolineare il fatto che, a differenza dell'eiaculazione retrograda dovuta a procedure chirurgiche in cui il processo è irreversibile, alla sospensione della terapia medica l'effetto collaterale regredisce completamente. L'eiaculazione quindi ritorna automaticamente "normale".

PUBBLICAZIONE

What's new in

COLLANA  
**piùinforma**



MONTALLEGRO

TITOLO

L'ipertrofia prostatica benigna. Cosa è,  
quali sono i sintomi e come possiamo curarla.

AUTORE

Dott. Carlo Introini

EDIZIONE

Casa di Cura Villa Montallegro

DIRETTORE RESPONSABILE

Francesco Berti Riboli

HA COLLABORATO

Mario Bottaro (Redazione)

Stampato nel mese di dicembre 2012



## COLLANA "PIÙINFORMA"

Guida alla prevenzione delle malattie dei tempi moderni.

Nell'ultimo secolo l'aspettativa di vita media della popolazione italiana ha fatto un balzo avanti di oltre 20 anni. Se ai primi del '900 un neonato poteva sperare di raggiungere i 50 anni, oggi sa che molto probabilmente supererà gli 80.

Questo ha comportato un cambiamento radicale nella percezione della salute (e della malattia). Sono aumentate le forme croniche, dovute all'usura del corpo e alle abitudini di vita e alimentari tipiche del benessere e del mondo occidentale; oggi non si muore più (o quasi più) di polmonite, ma ci si ammala di artrosi, diabete o ipertensione arteriosa. "piùinforma" vuole offrire ai nostri Pazienti un aiuto nella prevenzione, nella diagnosi e nella terapia delle malattie croniche che non ci consentono di sentirci "in forma".

*Altre pubblicazioni della stessa collana:*

La cataratta. Cosa è, quali sono i sintomi e come possiamo curarla.

Il russamento. Cosa è e come possiamo curarlo.

Le allergie respiratorie. Cosa sono, quali sono i sintomi e come possiamo curarle.

## CASA DI CURA VILLA MONTALLEGRO

Via Monte Zovetto, 27 - 16145 Genova - Tel. +39 010 35311 - Fax +39 010 3531 397

Call center +39 010 3531.283 (lunedì - venerdì dalle ore 9 alle 13 e dalle ore 13.30 alle ore 18)

clienti@montallegro.it - info@montallegro.it - www.montallegro.it

