

Terapia ipb - basi scientifiche

La prostata è un organo dell' apparato genitale maschile, sottoposto a l'azione del testosterone; essa gioca un ruolo importante nella eiaculazione e nella fertilità (il liquido prostatico è un componente dello sperma). Esistono 3 malattie principali della prostata : - l'infezione che si cura con gli antibiotici. Può accadere al seguito di una infezione intestinale, nell' adolescenza o nel giovane adulto. Iperptrofia prostatica malattia benigna, frequente, si verifica abitualmente dopo 50 anni. Lo si localizza alla palpazione endo-rettale e lo si può esplorare con l'ecografia e l'urografia endovenosa. Il trattamento è:. sia palliativo con dei farmaci che fanno regredire le turbe minzionali. sia chirurgico quando l'adenoma è mal tollerato: ablazione dell'adenoma per via uretrale (resezione endoscopica) o passando per via addominale bassa (adenomectomia transvescicale). Altre tecniche di trattamento sono allo studio e chiederanno ancora qualche anno di messa a punto. Eventuali turbe sessuali post-operatorie possono essere prevenute, al limite attraverso una informazione appropriata, o trattate. - Il carcinoma è frequente ma resta per lungo tempo asintomatico. E diagnosticato con le biopsie ; è valutato con il dosaggio delle PSA, l'ecografia, l'IRM, la scintigrafia. Il suo trattamento può essere chirurgico (prostatectomia radicale), radioterapica con RX a alta energia, brachiterapia o farmacologico (anti-ormoni, chemioterapia). Le turbe sessuali consecutive a questi trattamenti sono ugualmente presi in conto. Il problema attuale è di trovare un test che valuta il potenziale evolutivo del cancro per sapere quando e come trattarlo. La tendenza attuale, quando il cancro è limitato alla prostata, con un basso grado di malignità, è di solo sorvegliare regolarmente (senza trattamento) il paziente. Le statistiche scandinave durante 15 anni mettono in evidenza una sopravvivenza più piacevole e un poco più lunga in questo tipo particolare di cancro. Se un segno di evoluzione appare è necessario trattare subito. E' importante non perdere mai di vista il paziente nella sua individualità e personalità socioculturale. Rispettare sempre le sue prerogative dopo avergli diligentemente esposto in maniera esaustiva tutte le problematiche e le eventuali conseguenze terapeutiche specie se di natura chirurgica. Una esistenza invalidante, non accettata, potrebbe risultare più dannosa della stessa malattia primitiva. L'età, il tenore di vita, l'inserimento socio-economico, lo stato culturale del paziente condizionano spesso la scelta risolutiva o meno di una terapia. Il "non consenso" va affrontato ed eventualmente discusso, ma pur sempre tutelato e rispettato. Molti studiosi del passato ci hanno tramandato che spesso l'"exitus" non è il peggiore dei mali e che la "non vita" può essere anteposta ad una "pessima vita". Ovviamente il raggiungimento di finalità ottimali è subordinato ad una informazione essenziale, decisa e comprensibile. Terapia. Una volta giunti alla diagnosi si pone il problema della terapia. Le svariate manifestazioni cliniche provocate dall'aumento di volume della prostata sono il risultato della conseguente ostruzione al flusso urinario. Nell'ambito dei prodotti che agirebbero nella direzione di ridurre il volume prostatico, oltre agli ormai storici prodotti a base di estratti vegetali e mepartricina, ai poco maneggevoli estrogeni ed antiandrogeni, è attualmente proponibile la Finasteride_ questa molecola è un inibitore competitivo della 5-alfa-reduttasi, enzima necessario alla trasformazione del testosterone in diidro-testosterone; dal momento che il diidro-testosterone è il principale ormone coinvolto nello sviluppo della prostata, l'uso della finasteride può arrivare a fermare l'ingrossamento della prostata ed a ridurne, fino a circa il 20%, le dimensioni. Pertanto è indicato in pazienti che, al momento della diagnosi hanno già una prostata di volume discretamente aumentato; è peraltro da segnalare che questo è un farmaco poco maneggevole in quanto ha un tempo di latenza abbastanza lungo (inizia a dare i primi risultati dopo almeno 3 mesi di assunzione), ha effetti collaterali importanti per i pazienti sessualmente ancora attivi (diminuzione della libido e della capacità erettile) ed infine maschera artificialmente l'innalzamento dei valori di PSA (pertanto da non impiegare nei casi in cui si sospetti l'associazione di tumore ed ipertrofia). Per quanto riguarda i farmaci attivi sulla riduzione dell'ipertono muscolare è attualmente proponibile la classe degli alfa litici che, con un blocco dei recettori alfa-1-adrenergici, hanno un effetto di rilassamento della

muscolatura liscia vescico-cervico-prostatica, con riduzione delle resistenze al flusso urinario e conseguente miglioramento dei sintomi dovuti alla componente dinamica dell'ostruzione. Gli effetti collaterali più fastidiosi correlati ad episodi ipotensivi (gli alfa-1A sono dei farmaci antiipertensivi), sono stati progressivamente risolti dalla ricerca farmacologica, che ha individuato molecole selettivamente attive su un sottogruppo di recettori adrenergici, gli alfa-1A presenti quasi esclusivamente a livello del collo vescicale e della prostata ed assenti a livello dei grossi vasi sanguigni. Altro farmaco nato per ultimo è la Dutasteride, un inibitore della 5-alfa reduttasi (5AR), l'enzima responsabile della conversione del testosterone in diidrotestosterone (DHT). Poiché il DHT è il principale androgeno implicato nello sviluppo e nel mantenimento dell'iperplasia prostatica, l'inibizione della 5AR comporta una diminuzione del volume prostatico e di conseguenza dei sintomi ostruttivi (difficoltà ad iniziare la minzione, flusso debole, interruzione del getto, sgocciolamento a fine minzione) che caratterizzano la patologia. A differenza della finasteride, che inibisce solo l'isoforma di tipo 2 della 5AR, localizzata soprattutto nella prostata, la dutasteride inibisce anche l'isoforma di tipo 1, riducendo la formazione di DHT a livello della cute, ghiandole sebacee, follicoli piliferi e fegato; da qui la definizione di "duale" o "di seconda generazione". Gli effetti collaterali relativi alla sfera sessuale e correlati all'inibizione di idrotestosterone da parte del farmaco, sono risultati di grado lieve e moderato, diminuendo col proseguire del trattamento. Per quanto la terapia medica sia efficace, vi è sempre una certa percentuale di pazienti in cui questo approccio non risolve sufficientemente o in modo duraturo i disturbi ostruttivi; pertanto anche le tecniche chirurgiche hanno subito negli ultimi anni notevoli miglioramenti qualitativi, al punto che oggi negli Stati Uniti l'intervento disostruttivo endoscopico, la resezione transuretrale dell'adenoma prostatico (TURP) è la misura terapeutica più comune per l'IPB ed è il secondo intervento chirurgico, in ordine di frequenza, sui soggetti di sesso maschile. Nel caso del carcinoma se la malattia è ancora confinata alla ghiandola prostatica, la terapia di scelta sarà la chirurgia radicale. Viene utilizzata la ormonoterapia con , eventualmente associati ad antiandrogeni per l'approccio terapeutico al carcinoma prostatico localmente avanzato o metastatizzato.