

BENIGNA HIPERPLAZIJA PROSTATE (BHP)

Alozij Kolenc

Ključne besede: razvoj, znaki, diagnostika, zdravljenje

Uvod

Benigna hiperplazija prostate (BHP, angl. BPH) je ena najpogostejših bolezn starejšega moškega. Nova dognanja o nastanku bolezni so v zadnjih letih v veliki meri spremenila poglede na razvoj BHP.

Spremenila so tudi zdravljenje. Število agresivnih kirurških posegov se je zmanjšalo na račun medikamentoznega zdravljenja in velikega števila danes še ne dovolj evaluiranih "minimalno invazivnih" načinov zdravljenja.

Razvoj BHP

Klasične teorije o razvoju pogojujejo nastanek BHP s testikularnim androgenom in staranjem.

V zadnjem času je bilo opravljenih veliko raziskav o vplivu rastnih faktorjev (EGF, TGF...) na razvoj BHP. Rastni faktorji so vključeni v medcelično komunikacijo in celični nadzor rasti. Danes vemo, da imajo rastni faktorji neodvisno od androgenov pomembno vlogo pri nastanku BHP.

Raziskave o rastnih faktorjih so pokazale kompleksnost nadzora prostatične rasti in nam odpirajo nove pristope v preprečevanju nastanka in zmanjšanju BHP (1).

BHP je verjetno najpogostejša benigna človeška neoplazija. Najdemo jo pri 50% moških v 60 letih in skoraj 100% moških pri 80 letih (2).

Prve spremembe se pri moškem pričnejo okrog 40 leta. V prehodni zoni okrog periuretralnega dela nastanejo najprej mikroskopski nodusi, sestavljeni iz glandularnih, fibromuskularnih (stroma) ali mešanice obojih elementov.

Stromalni del je v večji meri sestavljen iz gladkega mišičja.

Nodusi so različne velikosti od nekaj milimetrov do nekaj centimetrov (3).

Razmerje stromalnih (fibromuskularnih) nodusov in fibroadenomskih nodusov je različno od človeka do človeka in to nam pojasnjuje, zakaj je mala korelacija med težo obstrukcije in velikostjo prostate.

Prostatično gladko mišičje je simpatično inervirano, njegov tonus pa odvisen od dogajanj v živčevju, ki se lahko menjajo iz ure v uro. Zato pride do različnih pritiskov v uretri.

Večji srednji lobus prostate pa zaradi zaklopki podobnega učinka privede do obstrukcije, čeprav prostata ni izrazito povečana.

Znaki

Razvoj bolezni je počasen, traja leta in tudi znaki, ki jih delimo v obstruktivne (zapora) in iritativne (draženje) se razvijajo počasi.

Iritativni znaki so: pogosto uriniranje, urgentna mikcija, nokturija, in urgentna inkontinenca.

Obstruktivni simptomi so: napenjanje med mikcijo, slab in obotavljajoč curek, podaljšana mikcija, občutek nepopolne izpraznitve mehurja, retenca in overflow inkontinenca.

Kompleks simptomov, ki označuje simptomatsko BHP, imenujemo prostatizem. Simptoma, ki najbolj korelirata s potrebo kirurškega zdravljenja, sta slab curek in občutek nepopolne izpraznitve mehurja.

Za lažjo objektivizacijo znakov so narejeni vprašalniki, ki jih bolniki izpolnijo, odgovori se točkujejo, seštevek pa govori o resnosti težav. Najbolj znan vprašalnik je IPSS (International Prostate Symptom Score).

Seštevek med 8 in 18 točk točk govori o zmernih težavah, nad 18 točk pa o resnih težavah.

Drugi pogosti znak, ki ni značilen simptom BHP, je makroskopska hematurija. Pri hematuriji je potrebno izključiti tumor zgornjega urotrakta ali mehurja. Dizurija (boleča mikcija) je znak vnetja sečil, pogosto tudi znak raka mehurja. Pri nenadnem razvoju prostatizma in bolečin v medenici pa mora zdravnik zaradi suma na napredovali rak na prostati bolnika takoj napotiti k urologu.

Potrebno je poudariti, da začetni rak na prostati ne daje nobenih znakov!

Diagnostika

Pri vsakem bolniku je potrebno narediti kompletni urološki pregled, predvsem, pa pregledati trebuh. Pri pregledu se večkrat ugotovi poln mehur.

Digitalni rektalni pregled prostate (DRP) je osnoven pregled za oceno prostate. Pri DRP ocenjujemo velikost, konzistenco, premakljivost in omejitve prostate.

Normalna prostata je velikosti kostanja, elastične konzistence, simetrična, s tipnim sulkusom.

Pri BHP je prostata povečana, podobne konzistence, simetrična, s slabše tipnim sulkusom.

Pri raku na prostati se tipa asimetrična zatrdlina, ki pri napredovali bolezni prehaja prek roba prostate.

Pri bolniku z znaki povečane prostate se pregleda urin in naredijo laboratorijske preiskave.

Okrog 10% bolnikov ima manjšo stopnjo ledvične okvare.

Pri bolniku pod 75 leti je dobro določiti PSA. Pri povečani vrednosti PSA je potrebno bolnika napotiti k urologu.

Pretok urina (uroflow) je enostavna preiskava in da pomembno informacijo o obstrukciji. Grafični prikaz uriniranja je rezultat intraabdominalnega in detru-

zorskega pritiska in uretralne rezistence in ne nudi natančne informacije o zožitvi sečnice zaradi povečane prostate (4).

Maksimalni pretok pod 10ml/s govori o pomembni obstrukciji.

Pomikcijski zastali urin se najlažje izmeri s pomočjo transabdominalnega UZ. Večji zastoj urina (RU) po mikciji nam sicer ne pove, ali gre za obstrukcijo ali slabo mišico mehurja (detrusor), razmeji pa bolnike, ki imajo pri večkrat ponovljeni preiskavi večji RU (200-300ml) in jih je potrebno aktivno zdraviti.

Prikaz zgornjega urotakta UZ ali urografske ni več rutinsko indiciran, priločljiv pa je pri bolniku s hematurijo, ponavljajočimi vnetji, kamni v sečilih in ledvični insuficienci.

Dodatne preiskave, kot so transrektalni UZ (TRUZ) prostate s punkcijo in obširnejše urodinamske preiskave, so potrebne v nekaterih primerih.

Zdravljenje

V zadnjih letih se je zaradi novih spoznanj o nastanku BHP in drugačnem razmišljanju o bolezni zdravljenje zelo spremenilo.

Pred leti se je veliko bolnikov operiralo, danes pa imamo širok izbor različnih načinov zdravljenja od opazovanja in čakanja prek medikamentoznega zdravljenja, "minimalno invazivnega" zdravljenja do TURP in odprte operacije.

Od zdravil imamo na razpolago kratko delujoče blokatorje (receptorjev) alfa (alfuzosin, indoramin, prazosin), dolgo delujoče (doksazosin, tamsulosin in terazosin-Kornam) in inhibitorje 5-alfa reduktaze (finasteride-Prostide).

Finasteride je verjetno bolje dati pri bolniku z glandularno BHP, medtem ko je pri bolniku s stromalno hiperplazijo učinkovitejši blokator alfa (5).

Od minimalno invazivnih načinov zdravljenja BHP so danes najpogostejši: transuretralna incizija prostate (TUIP), laserska ablacija prostate pod nadzorom očesa (VLAP) in elektrovaporizacija prostate.

Od klasičnih kirurških metod se danes uporabljajo transuretralna resekcija prostate (TURP), ter "klasični operaciji", retropubična in transvezikalna prostektomija.

Čeprav so ti posegi najagresivnejši, imajo najboljši uspeh.

Novo metode, ki še čakajo evaluacijo so, visoko intenzivni žariščni ultrazvok (high-intensity focused ultrasound -HIFU), transuretralna mikrovalovna terapija (TUMT), transuretralna igelna ablacija prostate (TUNA) in intrauretralni vstavki (stenti). Vsi ti načini bodo imeli pomembno vlogo pri zdravljenju v prihodnosti.

Indikacija za zdravljenje bolnika z BHP je relativna.

Bolniku in družini je potrebno bolezen pojasniti.

Potrebno je povedati da bolezen poteka v zagonih in da običajno ne pomeni smrti, če se bolnik ne zdravi.

Ponuditi je potrebno najboljši način zdravljenja, ki je ob ne hudih subjektivnih težavah lahko samo čakanje.

Pri bolniku z zmernimi simptomi prostatizma se je potrebno odločiti za medikamentozno zdravljenje ali kakšen manj invaziven poseg.

Bolniku z akutno retenco ali zapleti boleznimi (kroničen zastoj urina, kamni v mehurju, pseudodivertikli, posledice na zgornjih sečilih) je najbolje predlagati kirurško terapijo.

Vsakega bolnika je zato potrebno obravnavati individualno (6).

Potrebna je tudi stalna izobrazba splošnega zdravnika - izbranega zdravnika za deljeno skrb (shared care) med urologom in splošnim zdravnikom pri zdravljenju bolnika z BHP.

Vse urološke oddelke v Sloveniji smo zaprosili za podatke o številu TURP, opravljenih v letih 1991 in 1996.

Odgovore so poslali Klinični oddelek za urologijo iz Ljubljane, Urološki oddelek iz Slovenj Gradca in Urološki oddelek iz Maribora.

V Ljubljani je bilo leta 1991 narejenih 406 in leta 1996 307 TURP, število posegov se je zmanjšalo za 22%.

V Mariboru je bilo opravljenih leta 1991 268 in leta 1996 193 TURP, število TURP se je zmanjšalo za 28%.

V Slovenj Gradcu je bilo 1991 narejenih 128 in leta 1996 71 TURP, zmanjšanje je 45%.

Menim, da slovenski urologi sledimo urologom po svetu, kjer so indikacije za operativni poseg (TURP ali odprta operacija) postale strožje.

Literatura

1. Paul A B: Growth factors in benign prostatic hyperplasia. *Curr Opin Urol* 1993 ; 3 : 1-4
2. Isacs J T: Importance of the natural history of benign prostatic hyperplasia in the evaluation of pharmacologic intervention. *Prostate* 1990; 3 (suppl): 1-7
3. Development of prostatic disease. In: Kirby R, Kirby M, Fitzpatrick J, Fitzpatrick A. *Shared care for prostatic diseases*. Oxford. ISIS Medical Media, 1994: 24
4. Oblak C: Patofiziologija in urodinamika v diagnostiki BHP. Zbornik predavanj 1. Slovenskega simpozija o benigni hipertrofiji prostate. *Slovenj Gra-dec* 1994, 17
5. Walsh P C: Editorials: Treatment of benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med* 1996; 335: 586
6. Oesterling J E : Editorial comment. Benign prostatic hyperplasia : overview 1996. *Curr Opin Urol* 1996; 6 : 1