7 Μαρτίου 2022

Υπερπλασία Προστάτη: Τα ανησυχητικά συμπτώματα – Όλοι οι τρόποι αντιμετώπισης

/ Γενικά Θέματα



Τα συμπτώματα αλλά και τις διαθέσιμες θεραπείες για την αντιμετώπιση τηςκαλοήθους υπερπλασίας του προστάτη παρουσιάζει ο δρ Κωνσταντίνος Παίδαρος, Χειρουργός – Ουρολόγος, Διευθυντής Ενδοσκοπικής και Ελάχιστα Επεμβατικής Ουρολογίας και Διευθυντής του Τμήματος Λιθίασης Metropolitan Hospital



Καλοήθης υπερπλασία του προστάτη ονομάζεται η αύξηση του μεγέθους του προστατικού αδένα, χωρίς να υποκρύπτεται κακοήθεια. Η διεργασία της αύξησης του μεγέθους του προστάτη ξεκινά ήδη από την ηλικία των 35 ετών και εξελίσσεται με διαφορετικό ρυθμό. Στην ηλικία των 50 ετών το 50% των αντρών εμφανίζει υπερπλασία του προστάτη, ενώ στην ηλικία των 70 ετών το ποσοστό ανέρχεται στο 70-75%. Από τους άντρες αυτούς οι μισοί έχουν κλινικά σημαντική νόσο και πρέπει να υποβληθούν σε θεραπεία.

Η αύξηση του μεγέθους του προστάτη έχει ως αποτέλεσμα τη συμπίεση της ουρήθρας και την μερική απόφραξή της. Κατά συνέπεια αυξάνεται η αντίσταση στην έξοδο των ούρων και η ουροδόχος κύστη προκειμένου να ωθήσει τα ούρα προς τα έξω συσπάται με μεγαλύτερη πίεση. Αυτό οδηγεί αρχικά σε υπερτροφία των μυϊκών ινών της κύστης (κύστη προσπάθειας) ενώ σε πιο προχωρημένα στάδια οδηγεί σε αστάθεια της κύστης και μετά σε πλήρη ατονία της.

Στο στάδιο αυτό η ουροδόχος κύστη αδυνατεί πλέον να ωθήσει τα ούρα προς τα έξω ακόμα και αν εκλείψει το εμπόδιο του προστάτη. Η στάση των ούρων εντός της κύστης οδηγεί σταδιακά σε καταστροφή των νεφρών και νεφρική ανεπάρκεια. Αναπτύσσονται μικρόβια εντός του ουροποιητικού συστήματος με αποτέλεσμα συχνές και επίμονες ουρολοιμώξεις. Συμβαίνει επίσης ανάπτυξη λίθων εντός της ουροποιητικής οδού με συνοδό πόνο κατά την ούρηση και αιματουρία.

Συμπτωματολογία: Τα συμπτώματα ονομάζονται και συμπτώματα κατωτέρου

ουροποιητικού (LUTS). Χωρίζονται σε συμπτώματα αποθήκευσης των ούρων (ερεθιστικά) και σε συμπτώματα εξόδου των ούρων (αποφρακτικά).

Ερεθιστικά συμπτώματα

Επιτακτικότητα: Όταν η ανάγκη για ούρηση είναι έντονη και δεν μπορεί να αναβληθεί. Ο ασθενής δεν μπορεί να κρατηθεί εύκολα και πρέπει να πάει επειγόντως στην τουαλέτα.
Συχνουρία και καυσουρία: Ο ασθενής ουρεί πολύ συχνά μικρές ποσότητες ενώ η ούρηση συνοδεύεται από αίσθημα καύσου ή και πόνο.
Νυκτουρία: Η έντονη αίσθηση για ούρηση που ξυπνάει τον ασθενή τη νύκτα. Αποτελεί το κλασικότερο σύμπτωμα και επηρεάζει τον ύπνο, τη διάθεση και την ποιότητα ζωής του ασθενούς.
Αποφρακτικά συμπτώματα

Δυσκολία τόσο στην έναρξη όσο και κατά τη διάρκεια της ούρησης: Ο ασθενής πιέζεται για να ουρήσει ενώ η ροή των ούρων είναι πιο αργή και λιγότερο έντονη.
Αίσθημα ατελούς κένωσης: Μετά το τέλος της ούρησης, ο ασθενής αισθάνεται ότι η κύστη του δεν άδειασε πλήρως και ξαναπάει για ούρηση σε σύντομο χρονικό διάστημα.
Διακοπτόμενη ούρηση: Η ούρηση διακόπτεται και ξαναρχίζει απότομα.
Επίσχεση ούρων: Η ούρηση καθίσταται αδύνατη και χρειάζεται να τοποθετηθεί ουροκαθετήρας προκειμένου να αδειάσει η κύστη.
Διάγνωση: Πολύ σημαντική είναι η λήψη ακριβούς ιστορικού και η συμπλήρωση ειδικού ερωτηματολογίου ώστε να αξιολογηθούν τα συμπτώματα και να καταταγούν σε ήπια, μέτρια και βαριά.

Κλινική εξέταση: Εκτιμάται το μέγεθος και η υφή του προστάτη καθώς και το αν είναι επώδυνος κατά την ψηλάφηση.
Εργαστηριακές εξετάσεις: Γενική και καλλιέργεια ούρων, PSA, ουρία και κρεατινίνη είναι απαραίτητες για την πλήρη αξιολόγηση της κατάστασης.

Απεικονιστικές εξετάσεις: Το υπερηχογράφημα νεφρών-κύστης-προστάτη πριν και μετά από ούρηση αποτελεί τη βασικότερη εξέταση με την οποία αξιολογούμε την κατάσταση των νεφρών, της κύστης, το μέγεθος του προστάτη και το υπόλειμμα μετά την ούρηση. Η ουρομετρία συμπληρώνει τα ευρήματα του υπερήχου, ενώ, σε επιλεγμένες περιπτώσεις, ο ουροδυναμικός έλεγχος διαγιγνώσκει την ύπαρξη νευρογενούς ουροδόχου κύστης.

Κυστεοσκόπηση: Υπό άμεση όραση εκτιμούμε το μέγεθος και τη γενική κατάσταση του προστάτη. Ελέγχουμε επίσης το εσωτερικό της ουροδόχου κύστης

και διαγιγνώσκουμε την πιθανή υπερτροφία αυτής καθώς και συνοδές παθήσεις όπως εκκολπώματα, λιθίαση και θηλώματα.

Τέλος, με την κυστεοσκόπηση αναγνωρίζουμε και διορθώνουμε πιθανές στενώσεις της ουρήθρας οι οποίες αποτελούν επίσης αίτιο έντονων δυσουρικών προβλημάτων. Η κυστεοσκόπηση πραγματοποιείται χωρίς αναισθησία, εύκολα, γρήγορα και ανώδυνα και αποτελεί πολύτιμη εξέταση με σημαντικότατο ρόλο στη διάγνωση σοβαρών ουρολογικών παθήσεων.

Θεραπευτική προσέγγιση: Όταν τα συμπτώματα είναι ήπια αρκεί η συστηματική παρακολούθηση με τις ανάλογες εξετάσεις ανά έτος ή ανά εξάμηνο. Όταν όμως τα συμπτώματα είναι μέτρια ή βαρύτερα και ιδιαίτερα όταν επηρεάζουν την ποιότητα της ούρησης και άρα της καθημερινότητας του ασθενούς, τότε πρέπει να εξεταστούν οι θεραπευτικές επιλογές.

Φαρμακευτική αγωγή: Υπάρχουν δυο κατηγορίες φαρμάκων:

Α-αναστολείς: Δρουν χαλαρώνοντας τις μυϊκές ίνες του προστάτη και του αυχένα της ουροδόχου κύστης, διευκολύνοντας έτσι την έξοδο των ούρων. Το μέγιστο της δράσης τους επέρχεται εντός μήνα από την έναρξη της θεραπείας. Οι ανεπιθύμητες ενέργειές τους είναι η προστατική υπόταση, το αίσθημα κόπωσης, η ζάλη και η κεφαλαλγία καθώς και η παλίνδρομη εκσπερμάτιση.
Αναστολείς 5-a ρεδουκτάσης: Δρουν αναστέλλοντας το ένζυμο που επάγει την παραγωγή DHT, της ορμόνης που είναι υπεύθυνη για τη διόγκωση του προστάτη. Τα αποτελέσματα της δράσης αυτών των φαρμάκων αργούν να γίνουν αντιληπτά, καθώς χρειάζονται τουλάχιστον έξι μήνες θεραπείας. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας, διαταραχές στύσης και εκσπερμάτισης.
Σε επιλεγμένες περιπτώσεις μπορούν να συνδυαστούν φάρμακα και των δυο κατηγοριών είτε μεταξύ τους είτε και με άλλα φάρμακα όπως αντιμουσκαρινικά, αντιφλεγμονώδη και αντιβιοτικά, προκειμένου να επιτευχθεί το βέλτιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Ενδοσκοπικές και ελάχιστα επεμβατικές θεραπείες

Οι πλέον εξελιγμένες μέθοδοι ελάχιστα επεμβατικής θεραπείας της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη δίνουν τη δυνατότητα να απαλλαγεί ο ασθενής από τα έντονα συμπτώματα της νόσου αλλά και από τον κίνδυνο μιας πιθανής βαριάς εξέλιξής της όπως είναι η νεφρική ανεπάρκεια.

Με την εφαρμογή της πλέον εξελιγμένης τεχνολογίας είναι δυνατή η αφαίρεση του προστατικού αδένα με μεγάλη ακρίβεια και ασφάλεια και με την ελάχιστη περιεγχειρητική επιβάρυνση. Χωρίς τομές, χρησιμοποιώντας το άνοιγμα της

ουρήθρας, αναίμακτα και ανώδυνα, με νοσηλεία που δεν ξεπερνά τις 24 – 48 ώρες, και με τον ασθενή να επανέρχεται άμεσα στις καθημερινές του δραστηριότητες.

Μέθοδος TURis

Πρόκειται για επαναστατική μέθοδο κοπής και εξάχνωσης ιστού σε περιβάλλον φυσιολογικού ορού (In Saline). Εκτελείται διουρηθρικά δηλαδή δια της φυσικής οδού, χωρίς τομή ή οπές. Χρησιμοποιείται ευρύτατα για την αφαίρεση του προστατικού αδένα αλλά και για την αφαίρεση όγκων (θηλωμάτων) της ουροδόχου κύστης. Συνδυάζει αρμονικά, ανάλογα με το ακροφύσιο του εργαλείου που θα επιλέξουμε, την αναίμακτη κοπή μεγάλης ακρίβειας (διπολική loop) και την τελείως αναίμακτη εξάχνωση (plasma vaporization).

Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι η αυξημένη ασφάλεια, η ακρίβεια της επέμβασης, η ελαχιστοποίηση της απώλειας αίματος και η μείωση του χειρουργικού χρόνου. Ο μετεγχειρητικός πόνος είναι μηδενικός.

Ανεξάρτητα από το γεγονός ότι κατά καιρούς εμφανίζονται στο προσκήνιο διάφορες παρεμφερείς μέθοδοι, η TURis συνεχίζει να αποτελεί τη μέθοδο εκλογής (gold standard) στη χειρουργική αντιμετώπιση της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη, χωρίς κανέναν περιορισμό ως προς τις ενδείξεις.

Πότε προχωράμε σε επέμβαση

Απόλυτες ενδείξεις αποτελούν η πλήρης και η μερική επίσχεση ούρων, η αιματουρία από τον προστάτη, οι υποτροπιάζουσες προστατίτιδες, η λιθίαση και η εκκολπωμάτωση της ουροδόχου κύστης καθώς και το μεγάλο υπόλειμμα ούρησης που μπορεί να οδηγήσει σε νεφρική ανεπάρκεια.

Η φαρμακευτική αγωγή σε πολλές περιπτώσεις δεν είναι ικανή να βελτιώσει θεαματικά και μόνιμα τα συμπτώματα της υπερπλασίας του προστάτη.

Όταν τα συμπτώματα αυτά είναι τόσο έντονα που επιβαρύνουν την ποιότητα της ούρησης και κατ’ επέκταση την καθημερινότητα του ασθενούς η μόνη ενδεδειγμένη λύση είναι η επεμβατική αντιμετώπιση.

Συμπερασματικά:
Η καλοήθης υπερπλασία του προστάτη είναι μια κοινή πάθηση των αντρών. Η πλημμελής και καθυστερημένη αντιμετώπισή της μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές. Όταν η φαρμακευτική αγωγή δεν είναι αποτελεσματική, επιβάλλεται η χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου και η TURis είναι η πλέον ενδεδειγμένη μέθοδος.

*Ο Δρ Κωνσταντίνος Παίδαρος είναι Χειρουργός – Ουρολόγος, MD, FEBU Διευθυντής Ενδοσκοπικής και Ελάχιστα Επεμβατικής Ουρολογίας, Διευθυντής Τμήματος Λιθίασης Metropolitan Hospital.

Πηγή: ygeiamou.gr