

ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΑΔΕΝΑ

Η Καλοήθης υπερπλασία του προστάτη είναι μία από τις συχνότερες ασθένειες που προσβάλλουν άνδρες μέσης ηλικίας. Ιστολογικά εμφανίζεται σε ποσοστό άνω του 60 % των ανδρών ηλικίας άνω των 60 ετών. Ο προστάτης αδένας λειτουργικά χωρίζεται σε τρεις ξεχωριστές ζώνες: την κεντρική, την περιφερική, και την μεταβατική ζώνη πλησίον της ουρήθρας. Η ΚΥΠ(ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΗ) αναπτύσσεται σχεδόν αποκλειστικά στην μεταβατική ζώνη, ενώ ο καρκίνος του προστάτη στην περιφερική ζώνη του αδένα. Κατά την διαδικασία της ΚΥΠ η ουρήθρα συμπιέζεται ,με αποτέλεσμα να δημιουργείται απόφραξη ούρων. Ο εξωστήρας μυς της ουροδόχου κύστης αρχικά αντιδρά στην απόφραξη με αυξημένη συσταλτικότητα για να ξεπεραστούν οι ουρηθρικές αντιστάσεις , αυτό όμως οδηγεί σε υπερτροφία της ουροδόχου κύστεως και τελικά στην μείωση της διατασιμότητας και της ικανότητας της ουροδόχου κύστεως να ωθεί τα ούρα. Εκτός από το μηχανικό κώλυμα που δημιουργεί η ΚΥΠ, σημαντικό ρόλο παίζει και ο μυϊκός τόνος των ινών που υπάρχουν στον προστάτη .Στην παθοφυσιολογία της ΚΥΠ οι λείες μυϊκές ίνες αποτελούν το δυναμικό στοιχείο απόφραξης. Ο τόνος των μυϊκών αυτών ινών ρυθμίζεται από το συμπαθητικό νευρικό σύστημα μέσω ειδικών υποδοχέων που λέγονται α1 υποδοχείς.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ- ΚΑΛΟΗΘΟΥΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΑΔΕΝΑ

Η ΚΥΠ χαρακτηρίζεται από "αποφρακτικά" συμπτώματα ούρησης και από "ερεθιστικά " συμπτώματα πλήρωσης της κύστης. Τα αποφρακτικά συμπτώματα ούρησης είναι η καθυστέρηση στην έναρξη της ούρησης , η ελάττωση της ακτίνας της ούρησης ,η παράταση του χρόνου ολοκλήρωσης της ούρησης, οι συχνές διακοπές κατά την ούρηση , το αίσθημα ατελούς κένωσης της κύστης και τέλος η επίσχεση ούρων. Τα ερεθιστικά συμπτώματα είναι η συχνουρία η νυκτερινή αφύπνιση για ούρηση ,η επιτακτική ούρηση, και η αδυναμία συγκράτησης των ούρων .

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΚΑΛΟΗΘΟΥΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΑΔΕΝΑ.

Η ΚΥΠ μπορεί να οδηγήσει σε υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις ,αιματοουρίες προστατικής αιτιολογίας, λιθίαση ουροδόχου κύστεως και δυστυχώς σε επίσχεση ούρων οξείας ή χρόνιας μορφής.Η ατελής κένωση οδηγεί σε επιβάρυνση της νεφρικής λειτουργίας ιδιαίτερα σε μεγαλύτερες ηλικίες ασθενών.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ.

Εκτός από ένα ολοκληρωμένο ιστορικό και σωστή καταγραφή των συμπτωμάτων, θα πρέπει ο ασθενής να εξετασθεί ενδελεχώς από τον θεράποντα ουρολόγο. Η χρήση διεθνών ερωτηματολογίων προστατικών συμπτωμάτων βοηθάει στην εκτίμηση του ασθενούς. Η κλινική εξέταση περιλαμβάνει την δακτυλοσκόπηση από το ορθό για εκτίμηση του μεγεθούς και της σύστασης του προστάτη. Επιπρόσθετες διαγνωστικές δοκιμασίες είναι η μέτρηση υπολλείματος ούρων και η απεικόνιση του ουροποιητικού με διακοιλιακό υπερηχογράφημα και η ηλεκτρονική καταγραφή της ροής των ούρων (uroflow study).

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΛΟΗΘΟΥΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΑΔΕΝΑ

Οι ασθενείς που λαμβάνουν φαρμακευτική θεραπεία για ΚΥΠ είναι ασθενείς με μέτρια ή ήπιας βαρύτητας συμπτωματολογία από το κατώτερο ουροποιητικό όπως αυτή ορίζεται από το διεθνές σκορ συμπτωμάτων ου προστάτη. Επίσης ασθενείς υψηλού χειρουργικού κινδύνου λόγω ηλικίας ή καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι υποψήφιοι για φαρμακευτική αντιμετώπιση. Τα φαρμακευτικά σκευάσματα είναι δύο κατηγοριών. Η πρώτη κατηγορία είναι οι ανταγωνιστές α-αδρενεργικών υποδοχέων που δεσμεύουν τους α1 υποδοχείς με αποτέλεσμα την χάλαση των μυικών ινών του προστάτη και του αυχένα της ουροδόχου κύστεως και την βελτίωση της ροής των ούρων. Η δεύτερη κατηγορία φαρμάκων είναι οι αναστολείς της 5α – ρεδοουκτάσης που ελαττώνουν την διυδροτεστοστερόνη στον προστάτη και πετυχαίνουν σε ένα ποσοστό την αναστολή ανάπτυξης και την σμίκρυνση του προστάτη δρώντας στο στατικό στοιχείο της απόφραξης.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΛΟΗΘΟΥΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΑΔΕΝΑ.

Η χειρουργική αντιμετώπιση ενδείκνυται για ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στην φαρμακευτική αγωγή και σε ασθενείς που παρουσιάζονται επιπλοκές από την νόσο όπως λιθίαση, αιματουρία, ουρολοιμώξεις, επισχέσεις ούρων και νεφρική ανεπάρκεια. Γενικά η χειρουργική αντιμετώπιση σημαίνει και την οριστική απαλλαγή από τα συμπτώματα της ΚΥΠ και βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών περισσότερο από την φαρμακευτική αγωγή. Υπάρχουν δύο βασικές κατηγορίες επεμβάσεων για την αντιμετώπιση της ΚΥΠ.

Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τις ανοικτές επεμβάσεις που γίνονται με υπομφάλια ή υπερηβική τομή και είναι η Διακυστική Προστατεκτομή και η Οπισθοηβική Προστατεκτομή και βασίζονται στην εκτυρήνιση του αδενώματος και όχι όλου του προστάτη που γίνεται μόνο για κακοήθη νοσήματα του προστάτη. Είναι πολύ αποτελεσματικές στην ανακούφιση των συμπτωμάτων με μακρύτερη όμως παραμονή του καθετήρα μετεγχειρητικά. Οι ανοικτές επεμβάσεις εφαρμόζονται σε μεγάλο μεγέθους προστάτες και όταν συνυπάρχουν λίθοι ή εκκολπώματα στην ουροδόχο κύστη.

Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τις Διουρηθρικές επεμβάσεις χωρίς δηλαδή τομή. Αυτές είναι οι : Διουρηθρική Προστατεκτομή με τη χρήση ειδικού εργαλείου του ηλεκτροτόμου και ενδείκνυται σε αδενώματα μικρότερου μεγέθους. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται σήμερα σχεδόν σε ποσοστό 90% για τη χειρουργική αντιμετώπιση της Κ.Υ.Π. Πραγματοποιείται χωρίς εξωτερική χειρουργική τομή και ο χειρουργός αφαιρεί το υπερπλαστικό τμήμα του αδένου με ένα ειδικό όργανο που ονομάζεται ρεζεκτοσκόπιο, διά μέσω της ουρήθρας. Ο περιορισμός της μεθόδου είναι όταν το μέγεθος του προστάτη είναι πολύ μεγάλο, γιατί η διαδικασία πρέπει να ολοκληρώνεται σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα για την αποφυγή επιπλοκών.

Νέα σχετικά αλλά ελπιδοφόρα είναι και η Προστατεκτομή TURIS που μειώνει τις διεγχειρητικές επιπλοκές της κλασσικής Διουρηθρικής Προστατεκτομής και βασίζεται στην χρήση φυσιολογικού ορού με διπολική διαθερμία. Η μέθοδος TURIS συνδυάζει τα πλεονεκτήματα της εξάχνωσης με τα οφέλη της διπολικής εκτομής. Υπάρχει η δυνατότητα χρήσης 2 διαφορετικών ηλεκτροδίων, της διπολικής αγκύλης, η οποία αφαιρεί προστατικό ιστό όπως στην συμβατική διουρηθρική προστατεκτομή και του ηλεκτροδίου για πλάσμα εξάχνωση, που μοιάζει σαν ανάποδο μανιτάρι. Το ηλεκτρόδιο αυτό εξαχνώνει δημιουργώντας ένα περιβάλλον πλάσματος από διπολικό ρεύμα. Ο συνδυασμός των 2 αυτών ηλεκτροδίων μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο αιμορραγίας στη διάρκεια του χειρουργείου.

Η διουρηθρική Προστατεκτομή χρησιμοποιείται σε αποφρακτικούς ασθενείς με υψηλό κυστικό αυχένα και μικρούς προστάτες και γίνεται με το ειδικό εργαλείο ηλεκτροτόμο πραγματοποιώντας δύο τομές στον αυχένα της ουροδόχου κύστης μέχρι το σπερματικό λοφίδιο. Είναι και αυτή ανακουφιστική των συμπτωμάτων θεραπεία για ειδικές όμως περιπτώσεις ασθενών. Τέλος να αναφερθούμε και στην LASER Εξάχνωση του προστάτη που χαρακτηρίζεται από μικρή απώλεια αίματος και αυτός είναι και ο λόγος που αποτελεί την επέμβαση εκλογής για ασθενείς με

διαταραχές πήξης του αίματος ή που λαμβάνουν αντιπηκτικά και δεν μπορούν να τα διακόψουν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Επιφέρει σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων χωρίς την δυνατότητα όμως λήψης ιστού για ιστολογική εξέταση.