



Adenomul de prostată (hiperplazie benignă a prostatei)

Profilaxia AP	Clasificarea AP										
<ul style="list-style-type: none"> La moment nu sunt măsuri de profilaxie primară propriu-zisă a AP; Manifestarea clinică a LUTS secundare AP poate fi atenuată cu ajutorul modificărilor stilului de viață; Depistarea activă a AP în grupele de risc; Examinarea clinică și paraclinică ținută a pacienților cu suspjecție la AP; Modificarea stilului de viață; Diagnosticul diferențial imagistic timpuriu, tratamentul corespunzător. 	<p>Clasificarea AP conform severității (American Association of Urology 2003/2006):</p> <ul style="list-style-type: none"> Ușoară (gr. I): IPSS = 0-7, QoL = 0-2. Absența complicațiilor AP; Medie (gr. II): IPSS = 8-19, QoL = 3-4. Prezența complicațiilor cronice ale AP; Gravă (gr. III): IPSS = 20-35, QoL = 5-6. Prezența complicațiilor cronice ale AP. Eventual, prezența complicațiilor acute. <p>Clasificarea clinică a adenomului de prostată:</p> <ul style="list-style-type: none"> Stadiul I (<i>compensat</i>): prezența LUTS ușoare, urină reziduală lipsește/ minimă; Stadiul II (<i>subcompensat</i>): LUTS medii/severe, urina reziduală < 350 ml; Stadiul III (<i>decompensat</i>): LUTS severe inclusiv pseudoincontinență și globul vezical palpabil, dezvoltarea complicațiilor acute și/ sau cronice, inclusiv IRC. <p>Dimensiunile prostatei: Normale < 20 cm³; AP mic = 20-30 cm³; AP mediu = 30-80 cm³; AP mare > 80 cm³</p> <p>Factorii principali de risc</p> <ul style="list-style-type: none"> Dovediți cu certitudine: vîrstă înaintată; modificările nivelului hormonilor sexuali. Presupuși în baza rezultatelor studiilor epidemiologice: DZ; HTA. Rolul obezității, fumatului și consumului de alcool nu este confirmat. Factorii de risc al necesității tratamentului chirurgical: vîrstă; scorul IPSS și calitatea vieții; Q max redusă; nivelul redus de hormoni sexuali masculini. Factori de risc al dezvoltării retenției acute de urină: dimensiunile mari ale prostatei și concentrație sporită a PSA majorează riscul; tratamentul chirurgical și cu inhibitorii 5-α reductazei reduc riscul. 										
<p>Spitalizare și transfer al pacienților cu AP</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicații pentru spitalizare</th> <th>Particularitățile de spitalizare</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Spitalizarea de plan se efectuează pentru tratament chirurgical. Înainte de spitalizare sunt evaluate indicațiile și contraindicațiile pentru intervenția chirurgicală. Dacă maladiile asociate complică evident eventuala intervenție chirurgicală, atunci operația poate fi amînată pînă la stabilizarea stării pacientului.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AP gr. II – III (medie-gravă)</td> <td>Secție specializată (Urologie)</td> </tr> <tr> <td>Spitalizarea de urgență - în caz de dezvoltare a complicațiilor acute AP</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AP agravat cu complicațiile acute</td> <td>Secție specializată (Urologie); inițial – poate fi Chirurgie (la nivel raional)</td> </tr> </tbody> </table>	Indicații pentru spitalizare	Particularitățile de spitalizare	Spitalizarea de plan se efectuează pentru tratament chirurgical. Înainte de spitalizare sunt evaluate indicațiile și contraindicațiile pentru intervenția chirurgicală. Dacă maladiile asociate complică evident eventuala intervenție chirurgicală, atunci operația poate fi amînată pînă la stabilizarea stării pacientului.		AP gr. II – III (medie-gravă)	Secție specializată (Urologie)	Spitalizarea de urgență - în caz de dezvoltare a complicațiilor acute AP		AP agravat cu complicațiile acute	Secție specializată (Urologie); inițial – poate fi Chirurgie (la nivel raional)	
Indicații pentru spitalizare	Particularitățile de spitalizare										
Spitalizarea de plan se efectuează pentru tratament chirurgical. Înainte de spitalizare sunt evaluate indicațiile și contraindicațiile pentru intervenția chirurgicală. Dacă maladiile asociate complică evident eventuala intervenție chirurgicală, atunci operația poate fi amînată pînă la stabilizarea stării pacientului.											
AP gr. II – III (medie-gravă)	Secție specializată (Urologie)										
Spitalizarea de urgență - în caz de dezvoltare a complicațiilor acute AP											
AP agravat cu complicațiile acute	Secție specializată (Urologie); inițial – poate fi Chirurgie (la nivel raional)										
<p>Diagnosticul pozitiv: anamnestical</p> <ul style="list-style-type: none"> Prezența factorilor de risc pentru dezvoltarea AP și complicațiilor lui; Evoluție în timp a acuzelor pacientului cu AP suspectat sau diagnosticat. 											
<p>Diagnosticul pozitiv: acuzele</p> <p>Simptomatologia nemijlocit asociată cu AP: Simptoame obstructive, care sunt cauzate de blocare a scurgerii urinei de către adenomul de prostată: început dificil al actului de micțiune; jet urinar slab, filiform, intermitent; disurie: pacientul urinează cu forță, cu contracția musculaturii abdominale, pentru a evacua vezica urinară; micțiune prelungită; senzație de golire incompletă a vezicii urinare; retenție de urină. Simptoame iritative: polakiurie și nocturie; micțiune imperioasă; pseudoincontinența. Determinarea scorului IPSS și înrăutățirii calității de viață, cauzate de AP Simptomatologia complicațiilor AP: „vezică de luptă”, retenție acută de urină, reflux vezico-ureteral, boală cronică de rinichi (ex. hidronefroză, insuficiență renală cronică): dureri pubiene, disconfort sau greutate în regiune pubiană. În cazuri depășite: retenție acută de urină; ruptura vezicii urinare cu ameliorarea consecutivă a durerilor și dezvoltarea tabloului de peritonită; lumbalgii; HTA nefrogenă; IRC. Hematurie, pierdere ponderală, ganglionii limfatici inghinali palpabili reprezintă semne de alarmă pentru adenocarcinom de prostată.</p>	<p>Diagnosticul pozitiv: examenul clinic</p> <ul style="list-style-type: none"> Picăături “scăpate” de urină pe lenjerie/ pantaloni; Glob vezical (determinat la inspecție, percutor și/ sau palpator); Tușeul rectal: dimensiunile, consistența AP, numărul și dimensiunile nodurilor; Prezența semnelor SIRS (inflamație generală); Aprecierea stării altor organe și sisteme <p>Diagnosticul pozitiv: examenul clinic</p> <ul style="list-style-type: none"> Datele de laborator: PSA, inclusiv fracție liberă; <i>Suplimentar (diagnosticul eventualelor complicații): creatinina sîngelui, analiză generală de sînge, analiză generală de urină (evaluare inițială și dinamică), urocultură la persoane cu risc sporit de ITU.</i> Datele examinărilor instrumentale: <i>Ecografia transrectală a prostatei:</i> Prezența adenomului de prostată, numărul de noduli, localizarea și dimensiunile lor. <i>Uroflowmetria:</i> Determinarea ad hoc și monitorizarea dinamică a Q max (vitezei maxime a fluxului urinar în timpul micțiunii). <i>Sunt recomandate, în special preoperatoriu:</i> evaluarea endoscopică (uretroscopie), ecografia reno-vezicală. DD principal se efectuează cu adenocarcinomul prostatei; Cercetarea aprofundată este solicitată în caz de rezultatele suspecte ale tușeului rectal, valorilor ridicate ale PSA (în special ale fracției libere) sau creșterii lui în dinamică, tratamentului medicamentos precedent ineficace al LUTS/ AP, DZ, traumatism/ chirurgie pelviene, IRC, afecțiunile sistemului nervos central și periferic (în special disautonomia). În caz de suspjecție la cancerul prostatei se recomandă puncție-biopsie a prostatei. 										
<p>Direcțiile principale de tratament în AP</p> <p>Tratamentul medicamentos: terapie patogenetică, tratament antibacterian, analgezic, antiinflamator, fitoterapeutic, hemostatic, uroantiseptic. Tratamentul chirurgical.</p> <p>Prevenirea complicațiilor embolice la pacienți cu AP (perioperatoriu)</p> <p>Se administrează în ziua intervenției chirurgicale + 5-7 zile (pînă la mobilizarea completă a pacientului). Heparină: 2500–5000 UI x 4 ori/zi s.c. sau Nadroparină de calciu (2850UI/ 0,3 ml) s.c. o dată/zi sau Dalteparină de Sodiu (5,000–10,000 UI anti-Xa/0,2 ml - 0,4 ml) s.c. o dată /zi.</p>											



Adenomul de prostată (hiperplazie benignă a prostatei)

Tratamentul patogenetic medicamentos al AP	„Așteptare vigilentă” – watchful waiting
<ul style="list-style-type: none"> • Inhibitorii 5-α reductazei: Finasteridă: 5 mg/zi, Dutasteridă 0,5 mg/zi; • Antagoniștii receptorilor α-adrenergici: Tamsulozină: o capsulă de 0,4 mg dimineață; Afluzozină: 1-3 comprimate (5-15 mg) o dată pe zi; Terazozină: 1 mg x 2 ori/zi, până la 10 mg/zi (2 prize); Doxazosină 1 mg/zi, până la 4-8 mg/zi (2 prize); Prazozină: 3-4 mg/zi, până la 15-20 mg/zi (3-4 prize); • Preparate fitoterapeutice cu acțiune asupra AP: Extract din Serenoa repens (ex. Prostamol): 160-320 mg o dată/zi; Scoarța Pygeum africanum (ex. Tadenan): 50 mg x 2 ori/zi; Adenoprosin, 1 sup. (250 mg) i/rect 1-2 ori/ zi. 	<p>Este recomandată pacienților cu AP ușor (IPSS = 0-7, QoL = 0-2) și unor bolnavi cu AP mediu (IPSS = 8-19, QoL = 3-4). Educația pacientului: se explică riscul progresiei, dezvoltării cancerului, monitorizare fiecare 6-12 luni/ înrăutățirea LUTS. Confirmarea agravării: scoruri IPSS și QoL; viteza fluxului urinar în timpul micțiunii; volumul urinei reziduale. Modificările stilului de viață: limitarea aportului de lichid la nivel de 1,5 l, cu micșorarea consumului înainte de somn sau în timpul activităților publice; limitarea consumului de alcool și cafeinei; aplicarea metodei de urinare dublă; tehnici distractive (ex. respirație profundă etc.) pentru simptomele iritative; revizuirea medicației pacientului cu suspendare sau înlocuirea medicamentelor cu efectul potențial negativ asupra LUTS (ex. diuretice, antihistaminice). Tratamentul condițiilor, care agravează LUTS: DZ, HTA, ICC, constipații. Ajutorul necesar pacienților cu dereglările motorice sau a statusului mintal.</p>
Tratamentul chirurgical în AP	Algoritmul general de diagnostic și tratament al AP
<ul style="list-style-type: none"> • Radical clasic: endoscopic: rezecție transuretrală a adenomului de prostată (TURP) și incizie transuretrală a prostatei (TUIP); adenomectomie deschisă. • Radical miniinvaziv: vaporizare transuretrală (TUVP, alternativă TURP/TUIP la pacienți cu AP < 20 cm³); enucleare cu laser: Nd:YAG, KTP:YAG, cu diodă, Holmium:YAG, energia este transmisă prin fibră simplă, interstițială sau cu unghiul drept; electrochirurgical (electrocoagulare bipolară, rezecție prin coagulare intermitentă, rotorezecție). • Laparotomie cu rezolvarea peritonitei și suturarea/ plastia vezicii urinare; • Paliativ: instalarea cateterului uretral Foley sau Nelaton, efectuarea cistostomei, aplicarea cistofixului, nefrostomie (în obstrucție infrarenală clinic semnificativă), stent uretral. 	
Tratamentul chirurgical în AP	
<ul style="list-style-type: none"> • Indicații absolute: retenție acută de urină, refractară la tratamentul aplicat; retenție acută recidivantă de urină; hematurie recurentă, refractară la tratament cu inhibitorii 5-α reductazei; insuficiență renală secundară AP; calculi în vezica urinară. • Manifestările clinice, care reduc semnificativ calitatea vieții (IPSS ≥ 20, QoL ≥ 4, în special 5-6) reprezintă indicațiile cele mai frecvente pentru intervenția chirurgicală de plan; • Volumul rezidual mare de urină în vezica urinară de asemenea poate servi drept indicație pentru intervenție chirurgicală. • Indicații pentru adenomectomie deschisă: AP mare de prostată (> 80-100 cm³, diverticulul vezicii urinare sau calculi mari ai vezicii urinare); • Indicații pentru metodele laser: administrarea anticoagulanților, reducerea riscului de afectare a procesului de ejaculare, în loc de prostatectomie deschisă (Holmium: YAG); • Metodele paliative se utilizează nu numai la pacienții cu contraindicații pentru tratament chirurgical radical al adenomului de prostată, ci și la pacienții internați pe urgență, ex. cu retenție acută de urină. Tratamentul radical este efectuat în astfel de cazuri „la rece”. 	
Curierii de externare și transfer	
<ul style="list-style-type: none"> • Dispariția semnelor de inflamație locală și generală, apreciate clinic și paraclinic + cicatrizare primară sau secundară + absența hematuriei + stabilizarea funcției de urinare de sinestător, apreciate clinic și paraclinic (exc.: operații paliative); • Agravarea evoluției altor maladii – după controlul complicațiilor AP sau tratamentul lui chirurgical sau după severitatea patologiei asociate pacientul poate fi transferat în secțiile specializate corespunzătoare pentru continuarea tratamentului respectiv; • Dezvoltarea șocului – transfer în SATI, după controlul șocului (+ 1 zi) – transfer în secție. 	