

## Benigní hyperplazie prostaty

Benigní hyperplazie prostaty (BHP) je nenádorové zvětšení prostatické žlázy, nejběžnější benigní nádor u mužů. Stejně jako u karcinomu prostaty se BPH vyskytuje častěji v západních zemích a postihuje častěji muže černé barvy pleti. Před časem jedna ze studií prokázala jistou genetickou spojitost u mužů mladších 65 let s objemnou prostatou. U mužů, jejichž rodinní příslušníci mají BHP, bylo prokázáno čtyřikrát větší riziko, že během svého života podstoupí operaci prostaty. Bratři těchto mužů mají riziko šestinásobné. Benigní hyperplazie prostaty způsobuje ztížený průtok moči přes močovou trubici. Příznaky se vyskytují přibližně u jednoho ze čtyř mužů ve věku 55 let a u poloviny 75letých. K léčbě přistupujeme tehdy, pokud se příznaky stanou pro dotyčného obtěžující. Nad 80 let má 20 % – 30 % mužů natolik závažné příznaky že vyžadují léčbu. Před zavedením farmakoterapie bylo operační řešení jedinou léčebnou možností.

### Symptomy

Symptomy BHP můžeme rozdělit na příznaky obstrukční a jímací. Mezi obstrukční příznaky patří obtížný, zpomalený start mikce, slabý, přerušovaný proud a odkapávání moči na konci mikce. Jímací poruchy zahrnují naléhavé neutišitelné nutkání na močení (urgence), časté močení během dne (polakisurie), pocit neúplného vyprázdnění močového měchýře a noční probouzení se na močení (nykturie). Močový měchýř se časem stává citlivější a může se objevit močová inkontinence (předčasný nebo nechtěný únik moči). Pálení nebo bolestivé močení se může objevit při močové infekci nebo při kamenech v močovém měchýři. Hematurie (krev v moči) může být rovněž doprovodným příznakem BHP.

### Diagnostika

Správný odběr anamnestických dat nám umožní odlišit diagnózy, které mohou BHP imitovat. Jedná se o strikturu močové trubice, nádory a kameny močového měchýře, dysfunkce močového měchýře při neurologických onemocněních (neurogení močový měchýř). Strikтуры vznikají na podkladě mechanického poškození sliznice močové trubice předchozím traumatem, zavedním močového katétru nebo při uroinfekcích (kapavka). U nádorů močového měchýře se vyskytuje hematurie. Bolesti podbřišku nebo zevního genitálu doprovází močové kameny a močové infekce.

Neurogení močový měchýř mohou mít např. diabetici. Vyskytuje se ale i u neurologických onemocnění (roztroušená skleróza, Parkinsonova choroba). Podrobná anamnéza by měla zahrnovat otázky týkající se prodělaných uroinfekcí, prostatitidy (zánět prostaty, který může způsobit bolest dolní části zad, nebo na hrázi, což je oblast mezi šourkem a konečníkem, zimnice, malátnost, horečku) a jakékoli zhoršení mikčních příznaků po nasazení nových medikamentů. Součástí fyzikálního vyšetření je palpační vyšetření břicha a podbřišku k vyloučení přeplněného močového měchýře, digitální rektální vyšetření k posouzení velikosti, tvaru a konzistence prostaty (vyšetření se provádí zavedením prstu do konečníku, což může být pro pacienta lehce nepříjemné). Při palpaci tuhé, fixované prostaty musíme vyloučit karcinom prostaty. Při podezření na neurogení měchýř je nutné doplnit neurologické vyšetření a urodynamiku. Laboratorní analýza močového sedimentu patří mezi základní laboratorní vyšetření. Bakteriologické vyšetření moče provádíme, pakliže máme podezření na uroinfekci. U pacientů s chronickými symptomy BHP vyšetřujeme hladinu urey a kreatininu v séru, hodnotu hemoglobinu, aby se vyloučilo renální postižení či anémie. Hladina PSA (prostatického specifického antigenu) v korelaci s digitálním rektálním vyšetřením vypovídá o riziku karcinomu prostaty.

## Proč a kdy léčit BHP?

Pokud máte vyjádřeny symptomy obstrukce a zůstanete-li bez léčby, hrozí vám nejrůznější komplikace: zesílení stěny močového měchýře, dráždivý močový měchýř se sníženou kapacitou, kameny v močovém měchýři, zvýšení intravezikálního tlaku s následným poškozením ledvin. Volba terapie BHP závisí na závažnosti příznaků, riziku poškození horních močových cest a především na zdravotním stavu člověka. U pacientů, kteří mají mírné nebo žádné potíže, není léčba indikována. Chirurgická intervence je na místě při neúplném vyprazdňování močového měchýře s ohrožením renálních funkcí, nemožnosti rozmočit se po epizodě akutní močové retence, inkontinenci moči z přeplnění, močových kamenech, chronickém močovém reziduu s uroinfekcí, opakované makroskopické hematurii a rovněž i při symptomech snižujících kvalitu života daného jedince. U mužů s mírnými příznaky musíme zvážit potenciální komplikace z léčby.

## Léčba

Pacientům s benigní hyperplázií prostaty můžeme nabídnout:

1. Aktivní vyčkávání
2. Farmakoterapii
3. Operaci

Pokud je medikamentózní léčba neúčinná a dotyčný není schopen podstoupit operační zákrok, v úvahu připadá intermitentní katetrizace nebo zavedení permanentního močového katétru s pravidelnými výměnami 1x za měsíc.

### **Aktivní vyčkávání**

Strategie aktivního vyčkávání spočívá v tom, že se neprovádí žádná okamžitá léčba. U více než 80% mužů s mírnými stabilními příznaky BHP nedošlo k jejich zhoršení ani po roce sledování. Tento způsob je přijatelný pro všechny, u kterých se nevyvinula naléhavá indikace k chirurgické léčbě a kteří své klinické příznaky dobře tolerují.

### **Medikamentózní léčba**

*Inhibitory 5 – alfa reduktázy /finasterid, dutasterid/*

Působí na metabolismus mužského pohlavního hormonu testosteronu tak, že blokují jeho přeměnu na dihydrotestosteron. V konečném důsledku ovlivňují zmenšení objemu tkáně prostaty, zmírňují příznaky benigní hyperplazie prostaty, zvyšují průtok moči, snižují riziko akutní močové retence a hladinu PSA o 50 %. U mužů s malým objemem prostatické žlázy se jejich užívání nedoporučuje. Jako nežádoucí účinek léčby se může objevit porucha ejakulace, snížení libida, pocit bolestivých prsou a vznik gynomastie. Jakékoliv zvýšení hladiny PSA během užívání inhibitorů 5-alfa reduktázy zvyšuje riziko vzniku karcinomu prostaty.

### **Alfablokátory**

Tyto léky byly původně určeny k léčbě arteriální hypertenze. Snižují napětí hladké svaloviny ve stěně cév a také uvolňují hladkou svalovinu v prostatě. Tím dochází ke zvětšení průsvitu močové trubice a zlepšení aktu močení. Každodenní užívání alfablokátorů zvyšuje průtok moči a zmírňuje urgence a nykturie. Pro léčbu BHP se běžně užívají preparáty s účinnými látkami, jako jsou doxazosin, terazosin, alfuzosin, tamsulosin a silodosin. Vedlejší účinky alfablokátorů způsobují ortostatickou hypotenzi (tj. závratě při stojícím stavu kvůli poklesu krevního tlaku), únavu, bolesti hlavy a bušení srdce. Jejich výhodou oproti inhibitorům 5 - alfa reduktázy je to, že jejich účinek nastupuje prakticky okamžitě, ale na druhou stranu nemají vliv na změnu objemu prostatické tkáně. Existují rovněž i kombinované preparáty tamsulosin+dutasterid.

## **Operace**

Prostatektomie patří v urologii mezi velmi časté operace. Prostatektomie pro BHP zahrnuje odstranění vnitřní části prostaty, adenomů. Tím se liší od radikální prostatektomie, kdy se odstraňuje celá prostatická tkáň. Operace nabízí nejlepší a nejrychlejší způsob zlepšení symptomů BHP. Mezi dlouhodobé komplikace operačního řešení patří impotence, inkontinence, retrográdní ejakulace (výron semene do močového měchýře), reoperace na podkladě opětovného růstu prostatické tkáně nebo striktury močové trubice. Četnost pooperačních komplikací se odvíjí od typu operačního řešení.

### *Transuretrální prostatektomie (TURP)*

Tento postup se považuje za zlatý standard operační léčby. Jedná se o endoskopické odstranění adenomů prostaty pomocí resektoskopu, což je nástroj, který se zavádí močovou trubicí do močového měchýře. Resekční kličkou, kterou probíhá vysokofrekvenční elektrický proud, se odstraňuje prostatická tkáň a staví se krvácení. Po operaci se zavádí močový katétr na 1 až 3 dny, poté je pacient propuštěn domů. Tato operační metoda je spojena s minimální pooperační bolestivostí. Úplné uzdravení lze očekávat za 3 týdny od operace. U pacientů se závažnými symptomy BHP dojde ke zlepšení symptomů v 93 % případů, se středně závažnými symptomy v 80 %. Pooperační mortalita je velmi nízká (0,1 %), impotence se vyskytuje přibližně u 5 – 10 % mužů a močová inkontinence se vyskytuje ve 2 až 4 %.

### *Transuretrální incize prostaty (TUIP)*

Operace se provádí resektoskopem. Principem operace není odstranění adenomů prostaty jako u předchozí operace. Místo toho se provádí 1-2 podélné řezy (resekční kličkou, laserem). Takto provedené řezy sníží uretrální obstrukci a zlepší mikční symptomatologii. TUIP provádíme pouze u mužů s menší prostatou příp. strikturou hrdla močového měchýře. Operační čas je rovněž podstatně kratší než u TURP a ve většině případů může být zákrok proveden ambulantně v lokální anestézii. Nižší výskyt retrográdní ejakulace je jednou z výhod této operační modalit.

### *Otevřená prostatektomie*

Operace se provádí u pacientů s objemem prostatické tkáně nad 80 ml. V porovnání s TURP představuje vyšší riziko pro pacienty s kardiovaskulárním onemocněním. V minulosti se otevřená prostatektomie pro BPH prováděla buď přes perineum (transperineální prostatektomie), nebo přes břišní stěnu (suprapubická prostatektomie). Od perineální prostatektomie bylo již upuštěno, a to pro vysoké riziko peroperačních komplikací. Otevřená prostatektomie se provádí transvezikálně nebo retropubicky. Operační incize začíná pod pupkem a pokračuje směrem k pubické kosti. Suprapubická prostatektomie obnáší otevření močového měchýře a odstranění zvětšených prostatických adenomů přes močový měchýř. Při retropubické prostatektomii se močový měchýř tlačí nahoru a prostatická tkáň se odstraní bez otevření močového měchýře. U obou typů operací se zavádí jeden močový katétr přes uretru do močového měchýře a druhý močový katétr přes operační ránu. Katétrů zůstávají na místě po dobu 3-7 dnů od operace. Nejčastějšími časnými pooperačními komplikacemi jsou krvácení (hematurie), a infekce rány. Mezi závažnější možné komplikace patří infarkt, pneumonie a plicní embolie (krevní sraženina do plic). Dechová cvičení a časná mobilizace jsou zaměřeny na prevenci těchto komplikací. Období zotavení a celkové doby hospitalizace jsou pochopitelně delší než u TURP.