

# Hiperplàsia benigna de pròstata

Albert Planes Magrinyà

Aprofitant, en part, presentació de:

“ Fàrmacs en el tractament de la Hiperplàsia Benigna de Pròstata”

Josep Casajuana. GRUP UROLOGIA CAMFiC



camfic

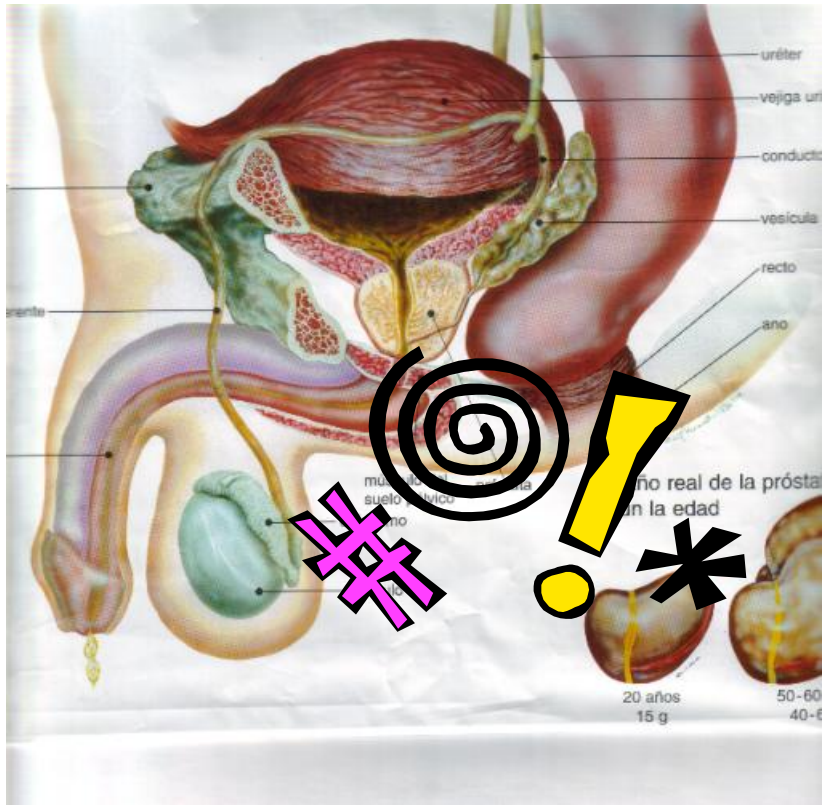
societat catalana de  
medicina familiar i  
comunitària

# Maneig de la hiperplàsia benigna de pròstata des de l'Atenció Primària de salut

Segona Edició



# Síntomes

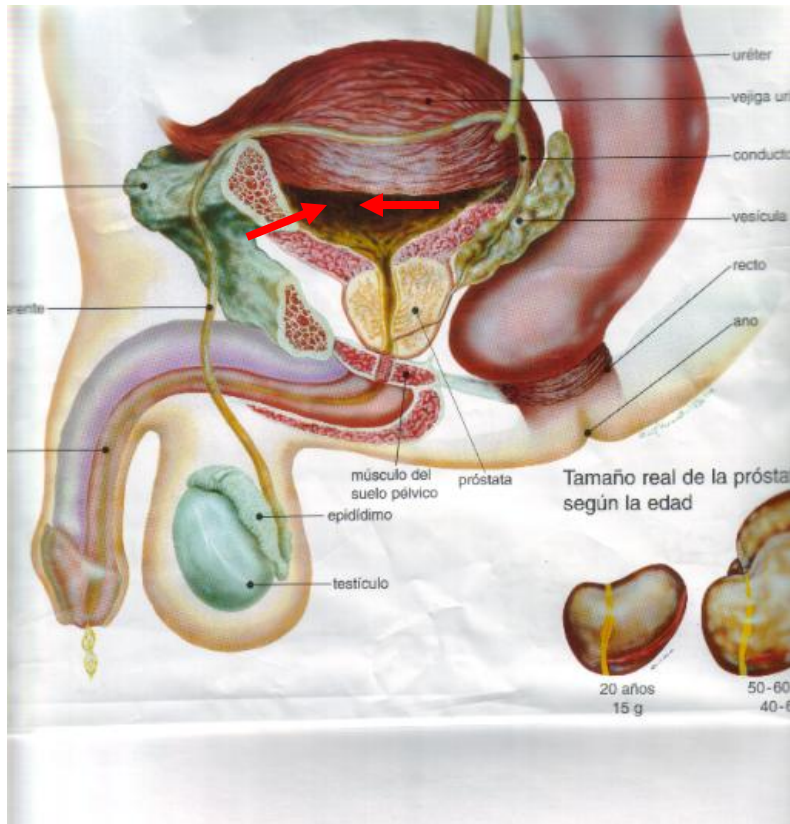


## OMPLIMENT = IRRITATIUS

1. Pol-laciúria
2. Nictúria
3. Urgència o imperiositat miccional
4. Incontinència

## Síntomes (2)

---



**BUIDATGE = CLÍNICA OBSTRUCTIVA**

**5 Alteració força raig miccional**

**6 Raig intermitent**

**7 Dificultat per iniciar la micció**

**8 Retenció d'orina**

---

# IPSS: International Prostate Symptom Score

Figura 1. Valoración de la gravedad de los STUI y calidad de vida

## ÍNDICE INTERNACIONAL DE SÍNTOMAS PROSTÁTICOS<sup>(2)</sup> INTERNATIONAL PROSTATE SYMPTOM SCORE (IPSS)

	Nunca	Menos de 1 vez cada 5	Menos de la mitad de las veces	La mitad de las veces	Más de la mitad de las veces	Casi siempre
1. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga al terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
2. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que volver a orinar en las dos horas siguientes después de haber orinado?	0	1	2	3	4	5
3. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha notado que, al orinar, paraba y comenzaba de nuevo varias veces?	0	1	2	3	4	5
4. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido dificultad para aguantarse las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5
5. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha observado que el chorro de orina es poco fuerte?	0	1	2	3	4	5
6. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que apretar o hacer fuerza para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5
7. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces suele tener que levantarse para orinar desde que se va a la cama por la noche hasta que se levanta por la mañana?	Ninguna 0	1 vez 1	2 veces 2	3 veces 3	4 veces 4	5 o más veces 5

<8 puntos = **Leve**

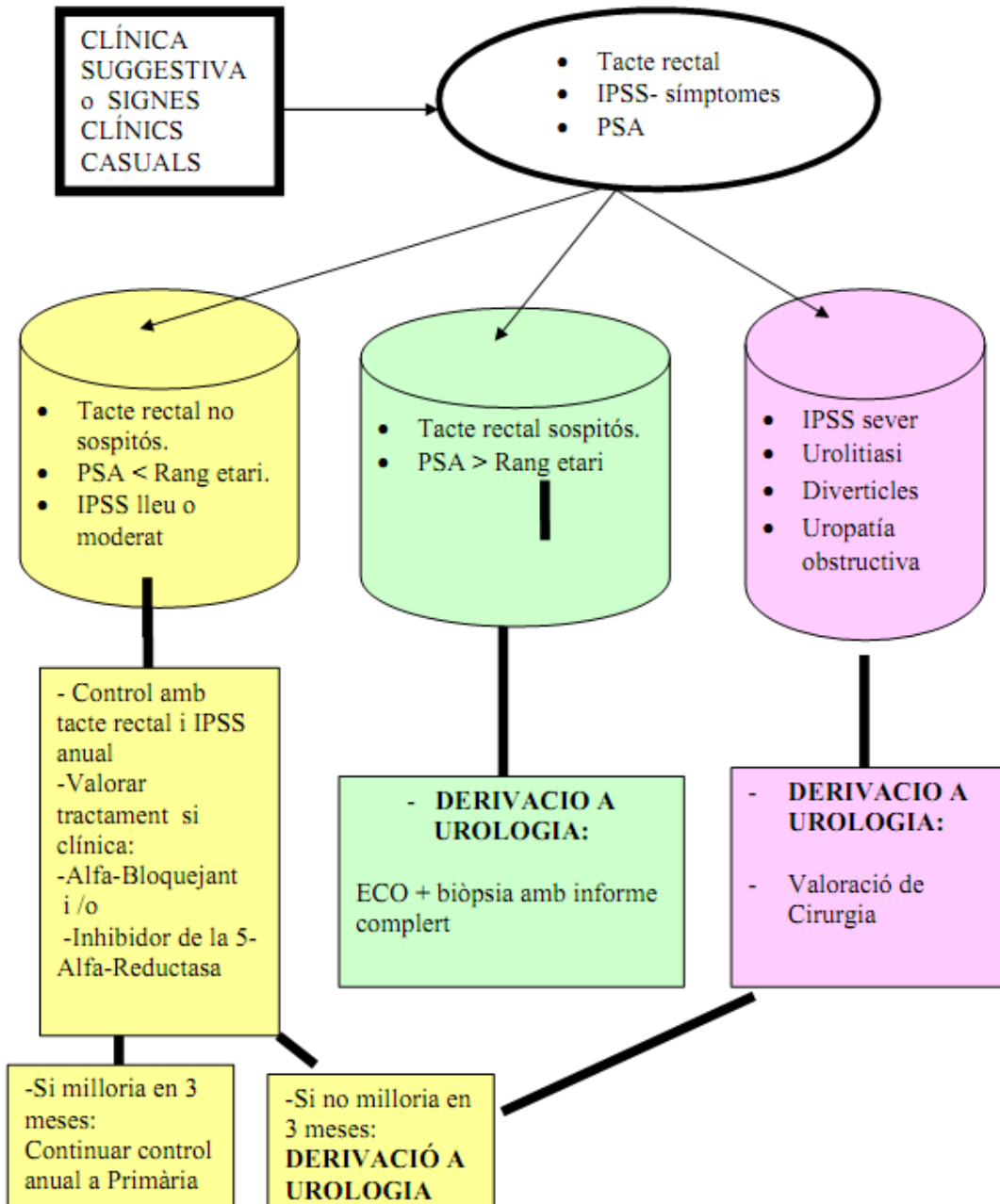
8 a 19 puntos = **Moderada**

≥20 puntos = **Grave**

	Encantado	Muy satisfecho	Más bien satisfecho	Tan satisfecho como insatisfecho	Más bien insatisfecho	Muy insatisfecho	Fatal
8. ¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de la vida con los síntomas prostáticos tal y como los tiene ahora?	0	1	2	3	4	5	6

Puntuación ≥4 = Afectación significativa de la **calidad de vida** del paciente.

# PROPOSTA UROLOGIA HGV



CLÍNICA SUGGESTIVA o SIGNES CLÍNICS CASUALS

- Tacte rectal
- IPSS- símptomes
- PSA

**HISTÒRIA CLÍNICA**  
**IPSS**  
**TACTE RECTAL**  
**TIRA REACTIVA ORINA**  
**ECO RENO-PROSTÀTICA**  
**FUNCIÓ RENAL**

- Tacte rectal no sospitós.
- PSA < Rang etari.
- IPSS lleu o moderat

- Tacte rectal sospitós.
- ~~PSA > Rang etari~~

- IPSS sever
- Urolitiasi
- Diverticles
- Uropatía obstructiva

- Control amb tacte rectal i IPSS anual  
- Valorar tractament si clínica:  
- Alfa-Bloquejant i /o  
- Inhibidor de la 5- Alfa-Reductasa

- **DERIVACIO A UROLOGIA:**  
ECO + biòpsia amb informe complet

- **DERIVACIO A UROLOGIA:**  
- Valoració de Cirurgia

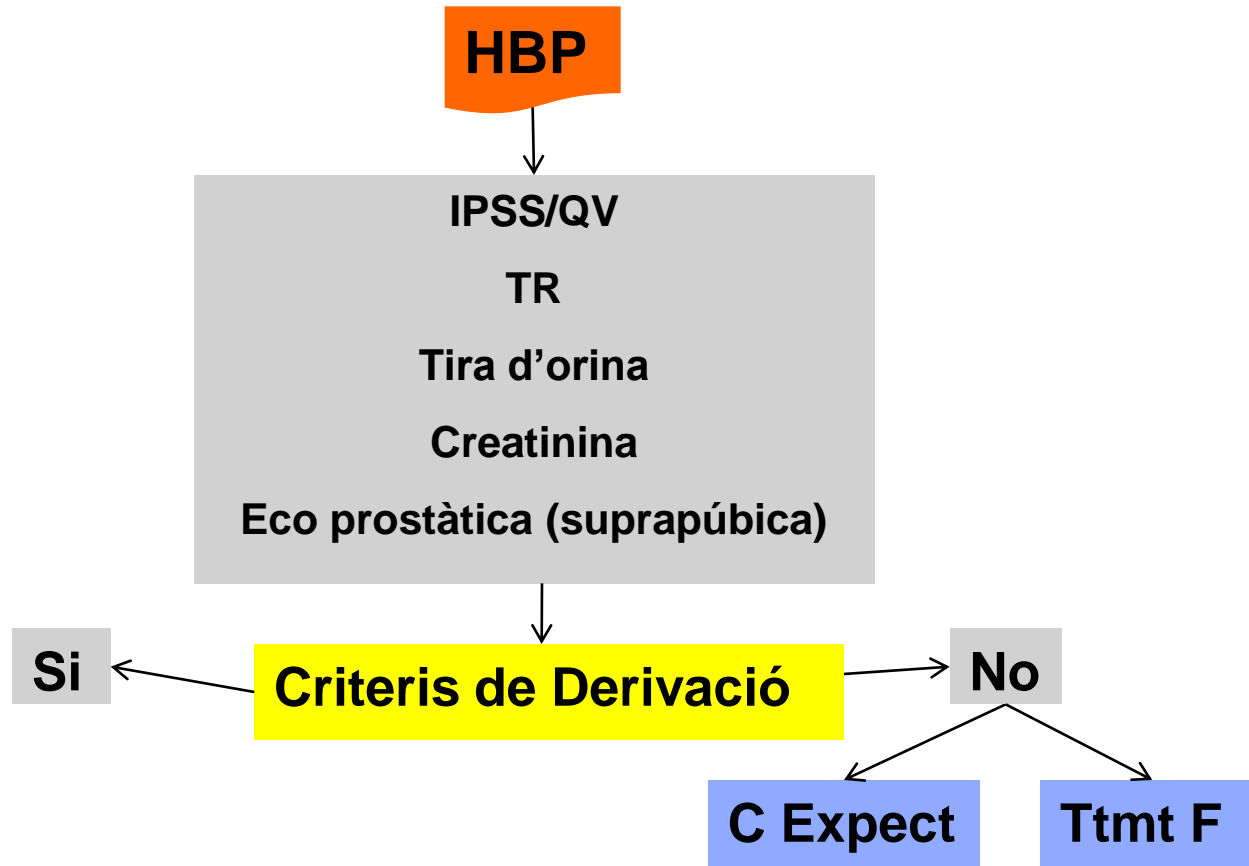
- Si milloria en 3 meses:  
Continuar control anual a Primària

- Si no milloria en 3 meses:  
**DERIVACIÓ A UROLOGIA**

**3-6 mesos**

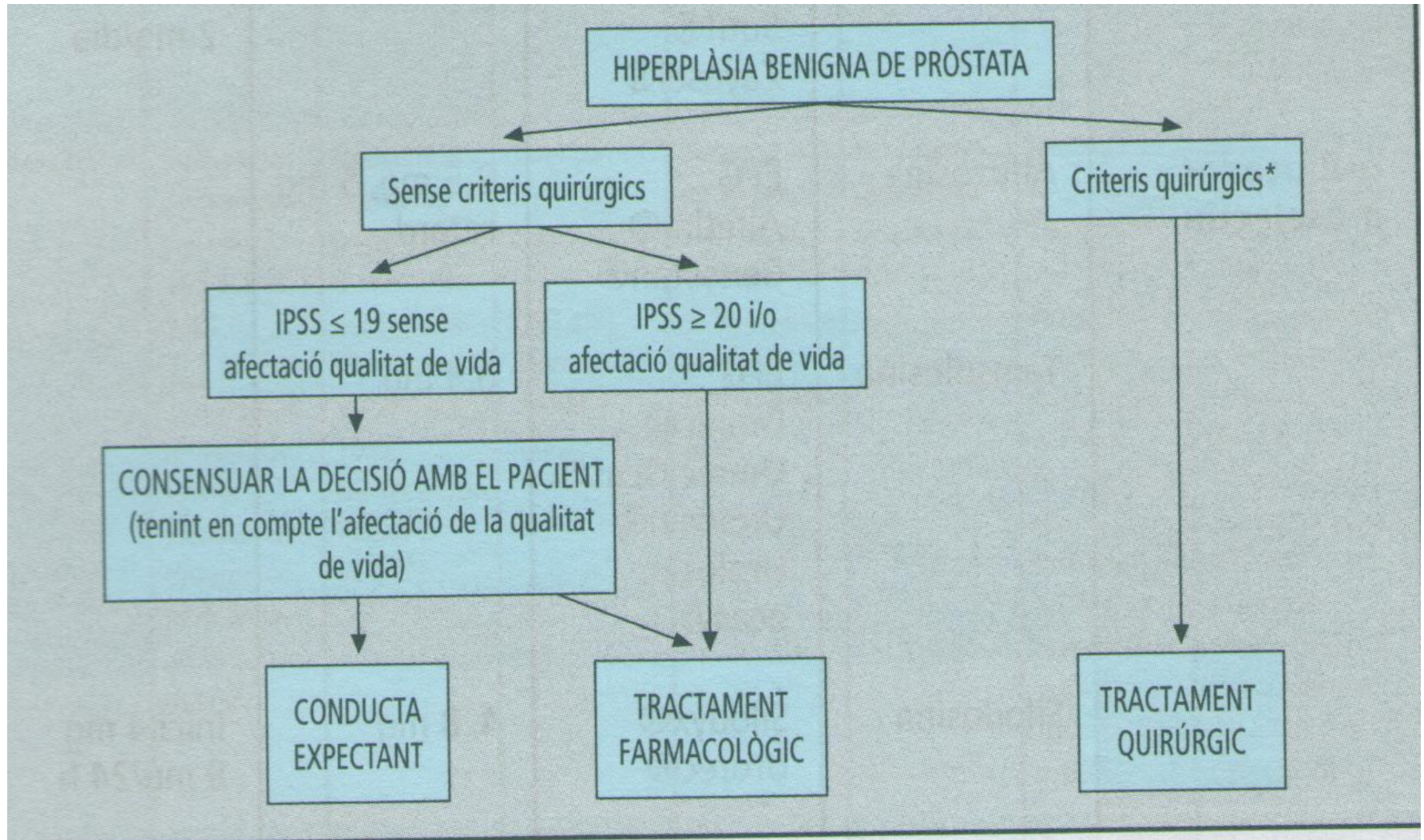
**CANVIS PROPOSATS A SEB**

# MANEIG DIAGNÒSTIC



No cal sol·licitar PSA: <https://eapsantaeugeniadebergaics.wordpress.com/2012/12/05/no-et-miris-el-psa-home/>

# Algoritme tractament



# Algoritme tractament

HIPERPLÀSIA BENIGNA DE PRÒSTATA

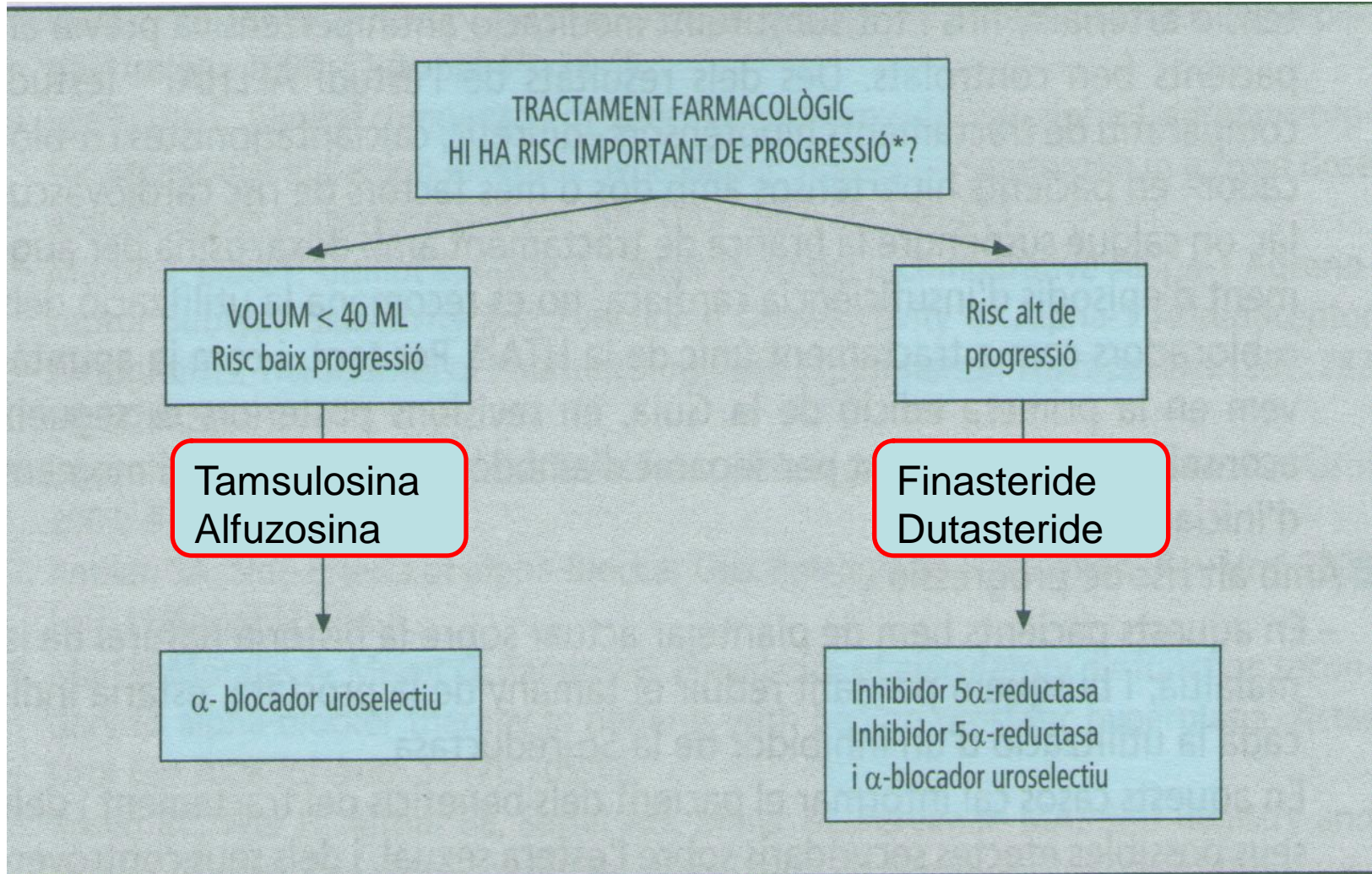
Criteris quirúrgics\*

- Obstrucció urinària ( $Q_{\text{màx.}} < 10 \text{ ml/s}$ )
- Complicacions derivades obstrucció:
  - Retenció orina (aguda/crònica)
  - Infeccions urinàries repetició
  - Hematúria (persistent/recurrent)
  - Insuficiència renal
  - Litiasis o diverticles vesicals

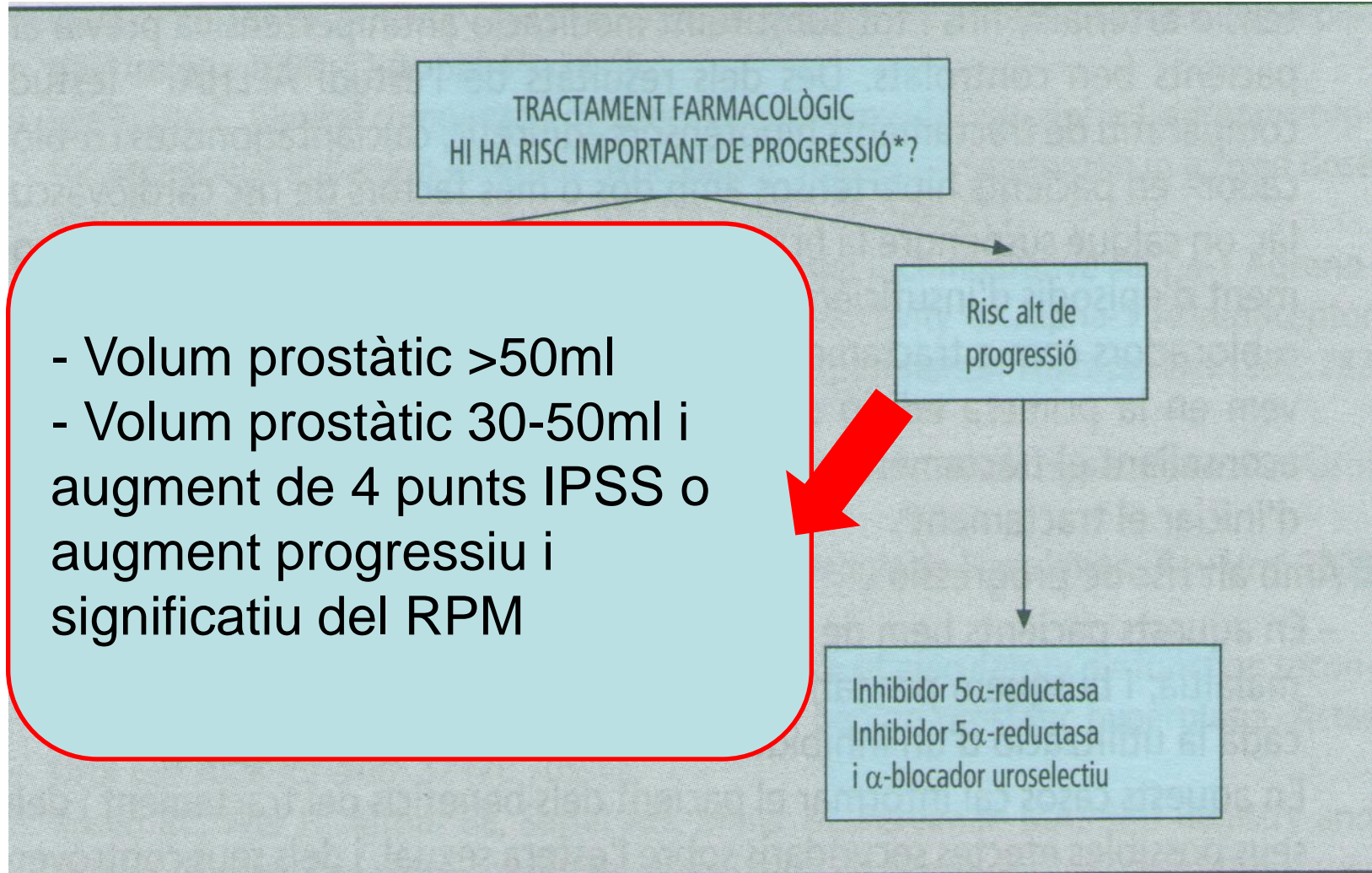
TRACTAMENT  
QUIRÚRGIC



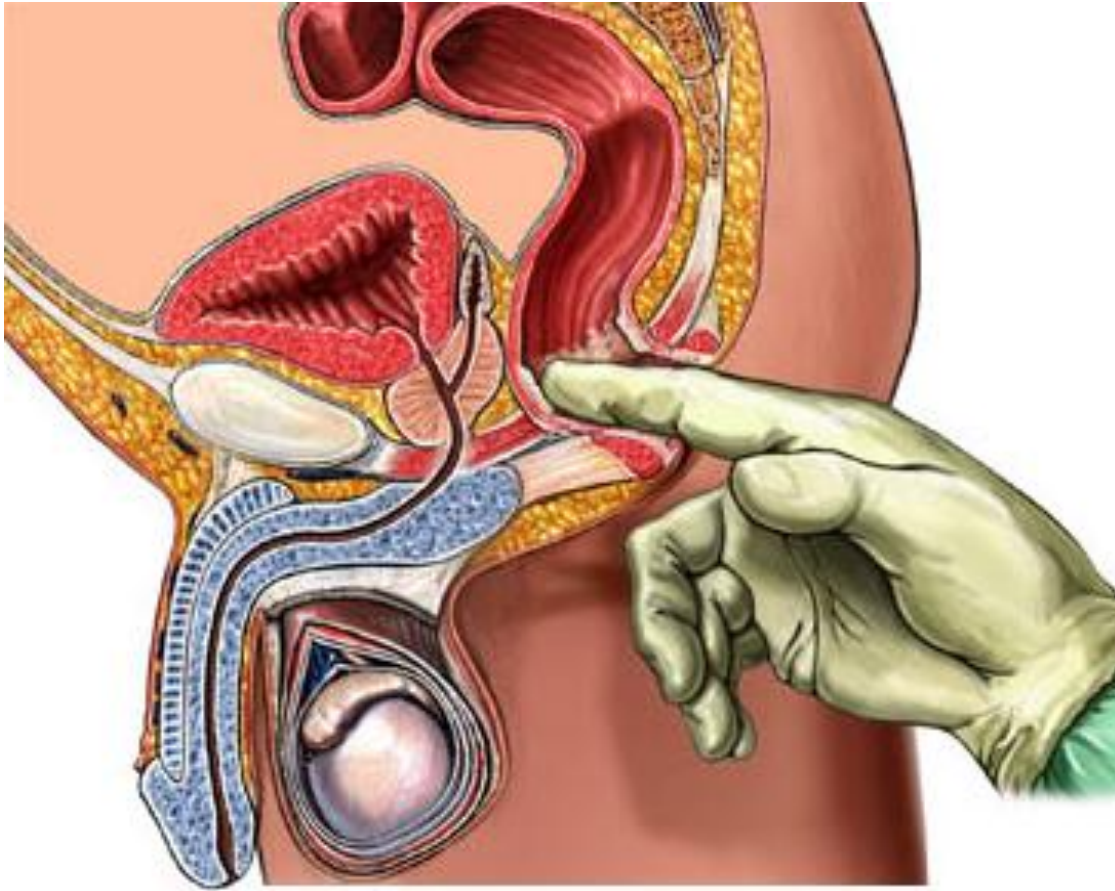
# Algoritme tractament farmacològic



# Algoritme tractament farmacològic



# Tacte rectal



- **Dolor**
- **Consistència**
- **Nòduls**

# Eco reno-vesico-prostàtica

---

## Volum pròstata:

- **> 30g** = HBP ~ 1,5 ng/ml PSA
- Fórmula de l'el·lipsoide:  $0.52 \times A \times B \times C$

## Residu post-miccional (RPM):

- **> 150 ml** o creixent = signe indirecte d'obstrucció

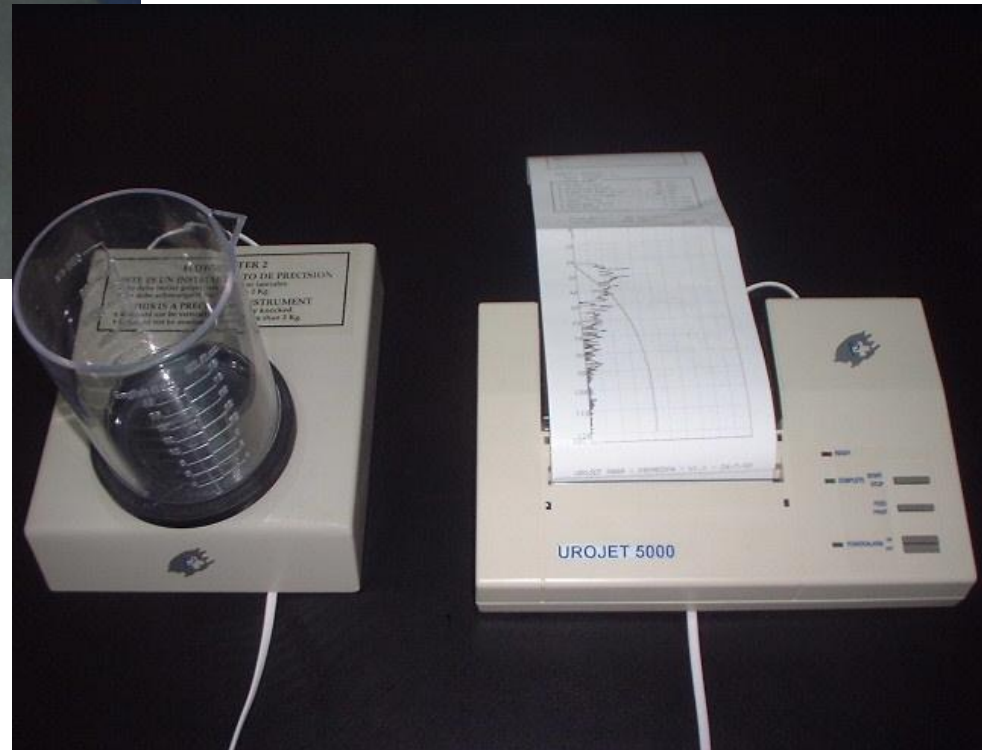
## Complicacions:

- Diverticles vesicals, hidronefrosi, litiasi vesical

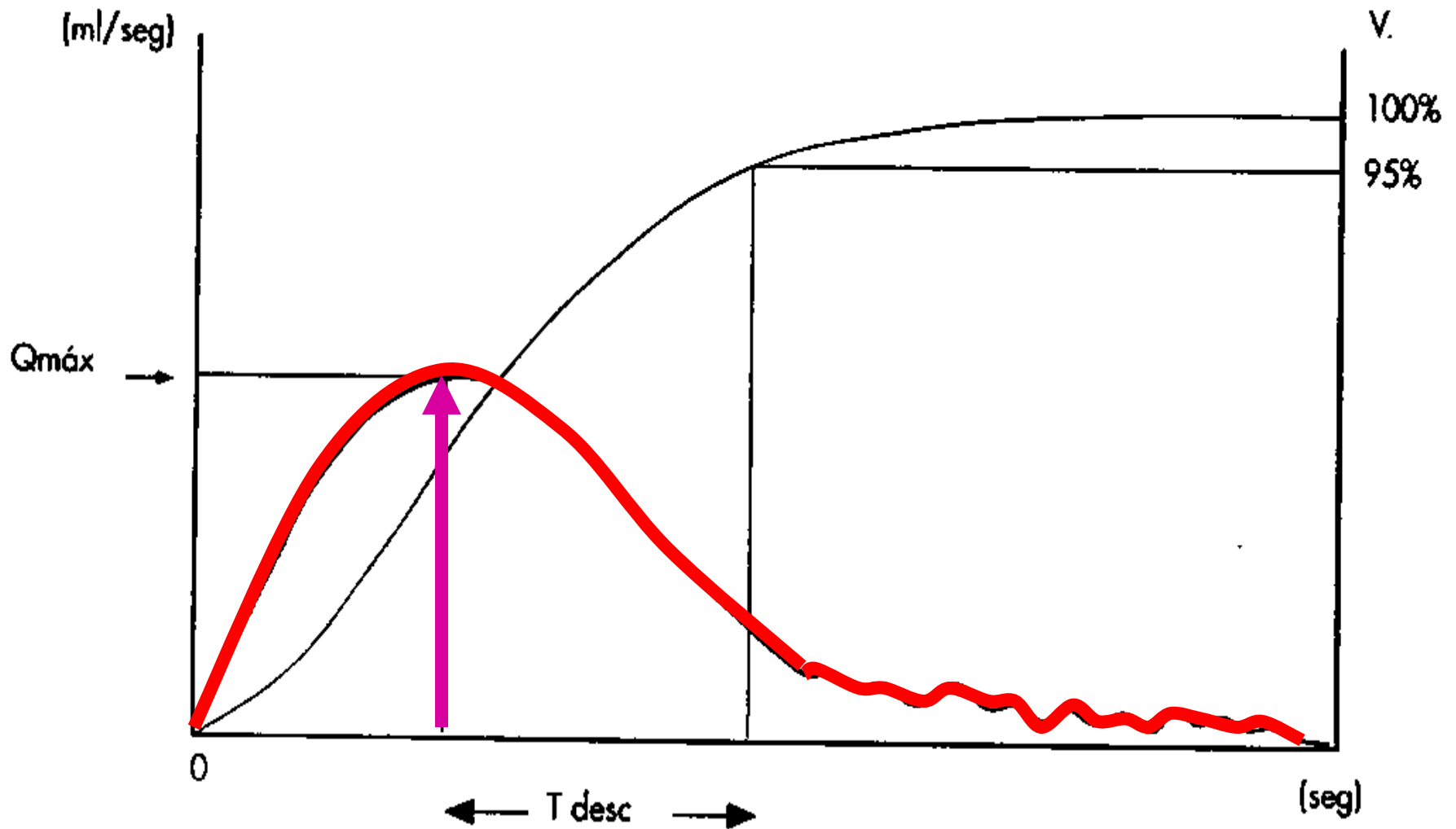
## Altres patologies (bufeta)

---

# Fluxometria



# Fluxometria



# Fluxometria

## Flux urinari màxim (Qmàx)

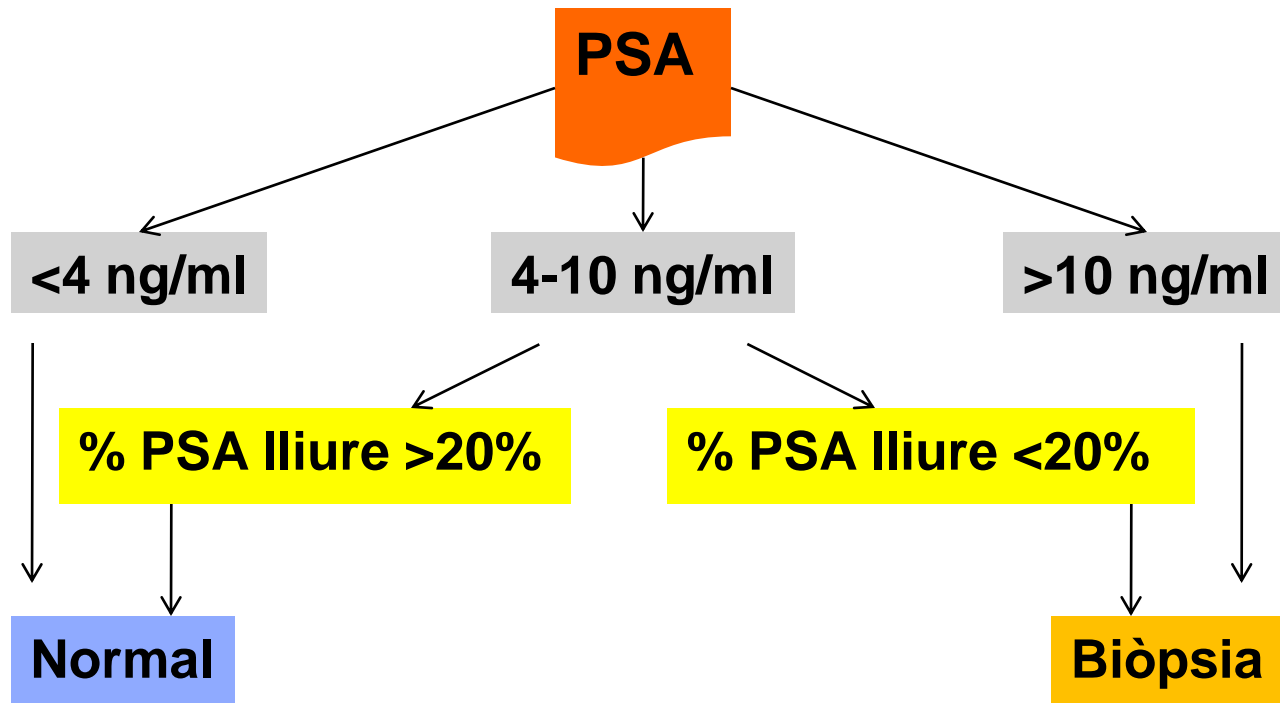
- Qmàx > 15 ml/s: no obstructiu
- Qmàx 10 ml/s-15 ml/s: resultat intermedi
- Qmàx < 10 ml/s: obstructiu

## Limitacions

- Volum d'orina insuficient
- Variabilitat intraindividual (nerviosisme, inhibició psicològica...)
- No permet diferenciar entre patologia prostàtica i uretral

# I SI FEM PSA...?

---



# Factors que modifiquen PSA

- **No modifica PSA**
  - Tacte Rectal
  - Sonda :
    - Permanent
    - Si que es modifica a la RAO i sondatge urgent
      - No rellevància clínica
  - Cistoscòpia
  - Ejaculació
  - Exercici
- **Augmenten PSA**
  - Biòpsia prostàtica
  - Massatge prostàtic
  - Prostatitis
- **Disminueixen PSA**
  - 5 ARI
  - Estatines
  - Tiazides
  - AINE
  - Obesitat



# Tractament de la HBP

---

- Els objectius del tractament a la HBP son:
  - Millorar la qualitat de vida
  - Disminuir símptomes
  - Evitar la aparició de complicacions.
  
- Les opcions terapèutiques son:
  - Vigilància. Conducta expectant
  - Tractament mèdic.
  - Tractament quirúrgic

# CRITERIS PEL TRACTAMENT DE LA HBP

---

- 1. Intensitat de la clínica i l'afectació de la qualitat de vida  
(IPSS-QV)**
  - 2. La presència de complicacions**
  - 3. El risc d'obstrucció**
-

# Conducta expectant

---

Si la simptomatologia és poc important o afecta poc la qualitat de vida:

**NO** proposar tractament farmacològic compartint la decisió amb el pacient.

(Millora espontània 38 % estabilitat simptomàtica 16 % respectivament segons les series)\*

Excepció: obstrucció franca..... indicar cirurgia?

\*Cunningham GR, Kadmon D. Medical treatment of benign prostatic hyperplasia. In: Uptodate®-online 19.3  
Disponible en: [http://www.uptodate.com/contents/medical-treatment-of-benign-prostatic-hyperplasia?source=search\\_result&search=Medical+treatment+of+benign+prostatic+hyperplasia&selectedTitle=1~150](http://www.uptodate.com/contents/medical-treatment-of-benign-prostatic-hyperplasia?source=search_result&search=Medical+treatment+of+benign+prostatic+hyperplasia&selectedTitle=1~150) (Accedido el: 23/01/2012)

---

# Tractament Farmacològic

---

**Alfa-blocadors:** Doxazosina, Terazosina, Alfuzosina, Tamsulosina, Silodosina

**Inhibidors de la 5-alfa-reductasa:** Finasterida, Dutasterida

**Fitoteràpia**

**Anticolinèrgics (no indicació per HBP):** Oxibutinina, Tolterodina, Solifenacina, Fesoterodina

**Inhibidors de la 5PDE:** Sildenafil, Vardenafil, Tadalafil.

---

## Tractament simptomàtic: $\alpha$ blocants

---

- Redueixen el **to simpàtic** de la musculatura del coll vesical i de la pròstata
  - Milloren els **símptomes** i el **flux** urinari (*des de l'inici del tractament*)
  - Efecte de grup: No modifiquen el volum prostàtic , ni el PSA, ni prevenen complicacions.
-

## Tractament simptomàtic: $\alpha$ blocants II

---

***No uroselectius:* doxazosina i terazosina**

***Uroselectius:* alfuzosina , tamsulosina, silodosina**

**Efectes Secundaris: mareig (5-10%), hipotensió ortostàtica (2-5%), cefalea, ejaculació retrògrada / anejaculació, somnolència, astènia, congestió nasal i Sd. de l'iris flàccid.**

---

## Alfablocant i sdme. Iris flàccid

---

- Es relaciona amb tot el grup.
- Més freqüent amb tamsulosina
- Pacients que han de ser intervinguts de cataractes :
  - No iniciar tractament amb bloquejadors alfa-1
  - Suspendre si ja el rebien una o dos setmanes pre-cirurgia



## Tractament simptomàtic: $\alpha$ blocants III

---

- **D'elecció en pacients amb simptomatologia moderada/greu sense factors de progressió ni complicacions.**
  - **Permeten un ús intermitent, en pacients amb intensitat fluctuant dels símptomes, gràcies al seu ràpid inici d'acció.**
  - **L'elecció del principi actiu depèn de la comorbiditat del pacient:**
    - Els no uroselectius (doxazosina i terazosina) modifiquen la TA
    - **No es recomana** la utilització dels alfa-blocants com tractament de la HTA+HBP en **monoteràpia**, havent de considerar per separat ambdues patologies.
-

## Tractament simptomàtic: $\alpha$ blocants IV

---

**Silodosina** és l'últim alfa-blocant disponible en el mercat i no ha demostrat diferències d'eficàcia amb altres fàrmacs del seu grup, presentant una major incidència d' ejaculació retrograda amb un cost que és considerablement superior a la resta dels alfa-blocants

Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos del País Vasco. Nuevo medicamento a examen: Silodosina. Ficha nº 172. 2011. Disponible en: <http://www.osakidetza.euskadi.net>

---

# Risc hipotensió severa en alfa blocants uroselectius

---

Tamsulosin treatment for benign prostatic hyperplasia and risk of severe hypotension in men aged 40-85 years in the United States: risk window analyses using between and within patient methodology BMJ 2013; 347 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f6320>

Published 5 November 2013

- 42.4 events per 10 000 person years
  - increased rate of hypotension during weeks 1-4 (rate ratio 2.12 (95% confidence interval 1.29 to 3.04) and 5-8 (1.51 (1.04 to 2.18), and no significant increase at weeks 9-12.
-

# Tractament simptomàtic: $\alpha$ blocants V

---

**Es poden associar a:**

- **Inhibidors de la 5 fosfodiesterasa:** quan existeix disfunció erèctil concomitant.
- **Antimuscarínics:** quan no existeix millora clínica en pacients amb component associat de bufeta hiperactiva i sense risc d'obstrucció (control del residu postmiccional)

## Inhibidors de la 5PDE III

---

- **La FDA ha aprovat Tadalafil pel tractament de l'HBP:**
    - Efecte de classe amb la resta de inh 5PDE
    - Només ha aprovat tadalafil per la seva vida llarga plasmàtica
    - Valorar possible interaccions amb inh. del citocrom P450, nitrats i antagonistes no selectius alfa adrenèrgics.
    - Ef. Adv: dolor lumbar, dispèpsia, cefalea i mareig.
-

## Anticol·linèrgics

---

- Els anticol·linèrgics eren i són considerats fàrmacs que poden empitjorar la simptomatologia prostàtica.  
(Tolterodina, oxibutinina, etc..)
  - No tenen indicació de tractament. Únicament en associació amb alfa-blocants.
  - Els anticol·linèrgics semblen millorar els símptomes irritants sense alterar el flux màxim i sense incrementar significativament el risc de retenció urinària...però...estudis amb pocs pacients, 6 mesos de seguiment màxim, augment del RPM...
-

## Tractament modificador de l'evolució: (5ARI)

---

- Inhibidors de la 5 alfa reductasa (5ARI). D'elecció en pacients amb pròstates grans (>40 ml) i risc d'obstrucció.
  - D'elecció l'associació amb alfa blocant quan la clínica és moderada o greu. Depenent de la comorbiditat del pacient (polimediació, pluripatologia,...) Podrien retirar-se a partir dels 6-9 mesos, mantenint els 5ARI.
-

## Paper dels 5 Ari

---

- Bloquegen el pas de testosterona a dihidro-testosterona
  - Milloren **síntomes a partir dels** 6-12 mesos de tractament
- Disminueixen el **volum de la pròstata** i alteren el **curs de la malaltia** (disminueixen les IQ i RAO)
- Disminueixen el **PSA** (aproximadament en un 50%)
  - Efectes adversos: disfunció erèctil (5-7%), disminució libido (3%), ginecomàstia, teratogènics
  - Disminució CaP amb augment dels càncers d'alt grau

## Tractaments combinats: *Alfablocants + inh 5a reductasa*

---

- Efecte sinèrgic: finasterida + alfuzosina, doxazosina o terazosina, dutasteride + tamsulosina
- Efecte de classe: Similars ef. Adv. i irrelevantes diferències farmacocinètiques /farmacodinàmiques comparades amb monoteràpia.
- El tractament combinat vs monoteràpia suposa discretes millores en símptomes, Qmax, i prevenció de progressió però més efectes advesos.

Oelke M et al. European Association of Urology 2011 [J Urol.](#) 2013 Apr;189(4):1448-9. doi: 10.1016/j.juro.2012.12.072. Epub 2012 Dec 28

---

## Tractaments combinats: *Alfablocants + inh 5a reductasa II*

---

- S'hauria de reservar per :
  - Pacients amb HBP moderada-severa
  - Volum prostàtic elevat ( > 40cc )
  - Edat avançada
  - Només si el pacient assumeix tractament llarg
    - (superior a 12 m)
- S'hauria de revisar la discontinuació del  $\alpha$ -blocant
  - als 6-9 mesos de tractament
  - Simptomes moderats. Evidència 1b A

Oelke M et al. European Association of Urology 2011 [J Urol](#). 2013 Apr;189(4):1448-9. doi: 10.1016/j.juro.2012.12.072. Epub 2012 Dec 28

---

## **FITOTERÀPIA:**

**Serenoa repens for benign prostatic hyperplasia** Tacklind J et al.  
Cochrane Database Syst Rev. 2012 Dec 12;12:CD001423.

---

**Conclusió: Serenoa Repens, a dosis dobles i triples, no va mostrar millora respecte a placebo en els símptomes, mesures del flux urinari màxim ni reducció del volum prostàtic en homes amb símptomes del tracte urinari inferior coherent amb la HPB i per tant , no canvien les conclusions anteriors de la revisió feta en 2009.**

---

# Maneig terapèutic

---

## 1- Tractament simptomàtic:

- Alfa blocant: No modifiquen l'evolució de la malaltia. D'elecció en pacients amb simptomatologia moderada/greu sense factors de progressió ni complicacions.

Es poden associar a antimuscarínics quan no existeix millora clínica en pacients amb component associat de bufeta hiperactiva i sense risc d'obstrucció ( control del residu postmiccional), o a inhibidors de la 5 fosfodiesterasa quan existeix disfunció erèctil concomitant.

---

# Maneig terapèutic II

---

## 2-Tractament modificador de la historia natural:

- Inhibidors de la 5 alfa reductasa (5ARI). D'elecció en pacients amb risc d'obstrucció i pròstates grans (>40 ml)
  - D'elecció l'associació amb alfa blocant quan la clínica és moderada o greu. Depenent del pacient (polimedicació, pluripatologia,...) aquests últims podrien retirar-se als 6-9 mesos, mantenint els 5ARI.
-

# Algoritme Tractament Farmacològic

## Tractament Farmacològic\*

\* Simptomes moderats/severs o mala QV

Pròstata < 40 ml  
i baix risc  
d'obstrucció

Alfa blocant  
uroselectiu

Pròstata > 40 ml i  
baix risc  
d'obstrucció

Alfa blocant  
uroselectiu o  
Inhibidor de la  
5 alfa  
reductasa

Pròstata > 40  
ml i alt risc  
d'obstrucció

Alfa blocant  
uroselectiu + inhibidor  
de la 5 alfa reductasa  
o inhibidor de la 5 alfa  
reductasa



## **Terapia combinada :**

---

- En cas d'indicar teràpia combinada :
  - Possibilitat de : Finasteride + tamsulosina
  - Possibilitat de : Dutasterida + tamsulosina
    - En tractaments separats
    - En un únic tractament
  - Possibilitat de 5-ARI + qualsevol alfa-bloq.

***Posologia / comoditat /seguretat / eficàcia / cost ...***

***Adequació= benefici / riscs+ inconvenients + costs***

## Seguiment :

---

### □ Clínic :

- Variacions significatives implicaran re avaluar
  - L´estadiatge
  - El tractament
  - A vegades la concomitància d´altres patologies

### □ Resposta Farmacològica

- Alfa bloq. : 1 mes
- 5 ARI : 6 mes
- Combinació : Depèn de la situació prèvia

## Seguiment :

---

- Proves complementaries
  - Ecografia amb RPM :
    - Si risc d'obstrucció
    - Canvis clínics
    - Aparició de nova simptomatologia
  - Analítica
    - Nova simptomatologia
    - Increment sever de obstrucció. Sospita de IR 2<sup>o</sup>
  - PSA
    - **No indicat a l'estudi HBP de forma sistemàtica**
    - Si ja el tens : Anual / en funció del previ / en funció del tractament

## Seguiment :

---

### Vigilància activa:

1. Sense seguiment programat. Reconsulta si empitjorament clínic.
2. Si es sol·licita un PSA, el seguiment es realitzarà en funció del nivell del PSA:

entre **2,1 i 4** ng/ml: control anual

entre **1 i 2** ng/ml: control cada dos anys

valors **inferiors a 1ng/ml** cada 3 a 5 anys \*

\* Ito K et al. Prostate.2003;57:8–13

---

## **Seguiment :**

---

### **Tractament amb alfablocants :**

1. Valoració de l'eficàcia i tolerància al voltant del mes.
  2. Individualitzar la decisió de suspensió del tractament tant en monoteràpia com en teràpia combinada amb 5-ARI.
  3. No es disposen de prou dades que determinin la duració del mateix.
  4. La interrupció provoca una cessació de l'efecte d'acció.
-