



Generalitat de Catalunya  
**Departament de Salut**



**CatSalut**

Servei Català  
de la Salut



“La pràctica clínica diària i l’ús racional dels medicaments” 12 ed.

# Hiperplàsia Benigna de Pròstata

## 2<sup>a</sup> part

Docent: Sílvia Ferrer i Jordi Milozzi. Grup Urologia Camfic



Generalitat de Catalunya  
**Departament de Salut**



**CatSalut**

Servei Català  
de la Salut



**Us heu de registrar de forma individual al curs online en diferit i podreu;**

- Disposar del material docent
- Aclarir dubtes a través xat amb el docent.
- Fer l'examen proposat i aconseguir l'acreditació.

Teniu tota la informació a la web de la CAMFiC [www.camfic.cat/](http://www.camfic.cat/)

Si teniu algun dubte, podeu enviar un correu a [formacioeap@camfic.org](mailto:formacioeap@camfic.org)

Recordatori de les següents videoconferències:

Maneig de la incontinència urinària a l'atenció primària	27 juny
Abordatge teòric-pràctic de les dislipèmies	4 i 11 juliol

A partir de setembre hi haurà nous temes disponibles (consultar a la web)

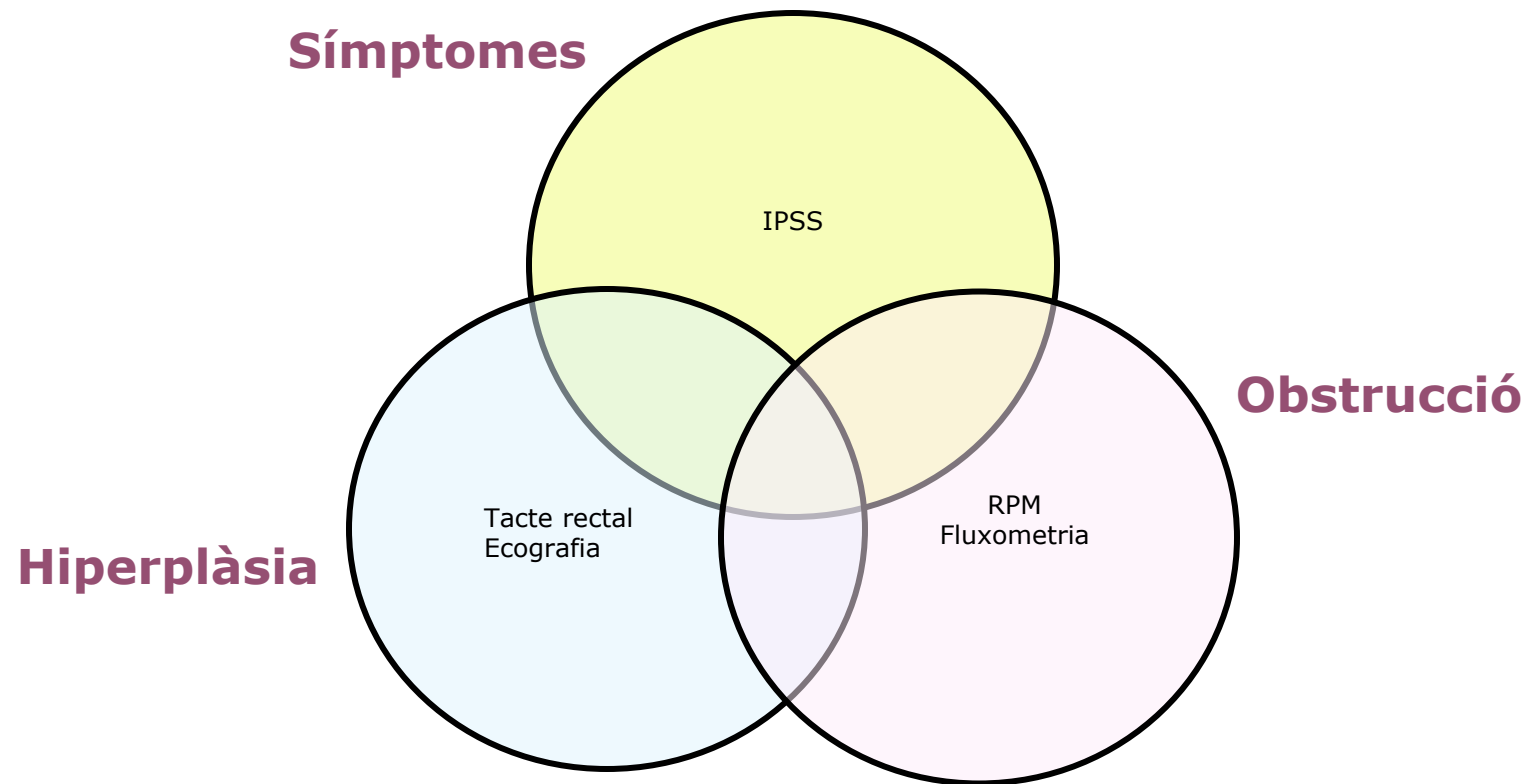
## **Primera sessió: 13/6/18**

- Definició, epidemiologia
- Diagnòstic diferencial STUI
- Maneig diagnòstic
- Criteris de derivació
- Tractament

## **Segona sessió: 20/6/18**

- Repàs tractament i criteris de derivació
- Casos clínics

# Maneig diagnòstic



# Maneig diagnòstic

Obligatòries	Recomanades	Opcionals	No recomanades
Anamnesi	IPSS i QV	Fluxometria	Citologia
Exploració física amb Tacte rectal	PSA	Diari miccional	Cistoscòpia
Tira orina/sediment	Funció renal		Eco transrectal
	Eco reno-vesico-prostàtica		Urografia EV
	Residu postmiccional		TAC
			RM

Brenes Bermúdez, FJ, Brotons Muntó F, Castiñeiras Fernández J, Cozar Olmo J, Fernández-Pro Ledesma A, Martín Jiménez JA, Martínez-Berganza Asensio ML, Miñana López B, Molero García JM. Criterios de derivación para HBP para AP 3.0. 2015.

# Síntomes del tracte urinari inferior (STUI)

STUI d'ompliment	STUI de buidament	STUI postmiccional
Incontinència	Raig dèbil	Sensació de buidament incomplet
Nictúria	Micció en regadora	Degoteig postmiccional
Freqüència	Raig intermitent	
Urgència	Retard miccional	
	Esforç miccional	
	Degoteig terminal	

# Criteria de Derivació

- Mal control simptomàtic
- Sospita de càncer de pròstata:
  - Tacte rectal patològic
  - PSA total >10ng/ml
  - PSA total >4ng/ml i PSA lliure <20%
- Criteris quirúrgics

# Críteris quirúrgics

- Obstrucció de vies urinàries ( $Q_{\text{màx}} < 10 \text{ ml/s}$ )
- Complicacions derivades de l'obstrucció:
  - Retenció d'orina aguda i/o crònica
  - Infeccions urinàries de repetició
  - Hematúria persistent o recurrent
  - Insuficiència renal
  - Litiasi vesical



# Tractament

Decidir segons:

1. Intensitat de la clínica i l'afectació de la qualitat de vida
2. Risc d'obstrucció:
  - increment progressiu i significatiu del RPM
  - pròstata major de 40 gr
  - PSA > 1,5 ng/ml

# Espera vigilada

- **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 i estabilitat simptomàtica 38% i 16% respectivament segons les series\*

**Excepció:** obstrucció franca i risc de RAO ... indicar cirurgia

# Tractament simptomàtic

## Alfa-blocadors:

- No modifiquen l'evolució de la malaltia.
- D'elecció en pacients amb **simptomatologia moderada/greu sense criteris d'obstrucció 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)
  - **Inhibidors de la 5 fosfodiesterasa:** quan existeix disfunció erèctil concomitant.
  - **Inhibidors de la 5 alfa-reductasa:** quan existeix creixement prostàtic associat i/o risc d'obstrucció.

# Tractament modificador de la història natural

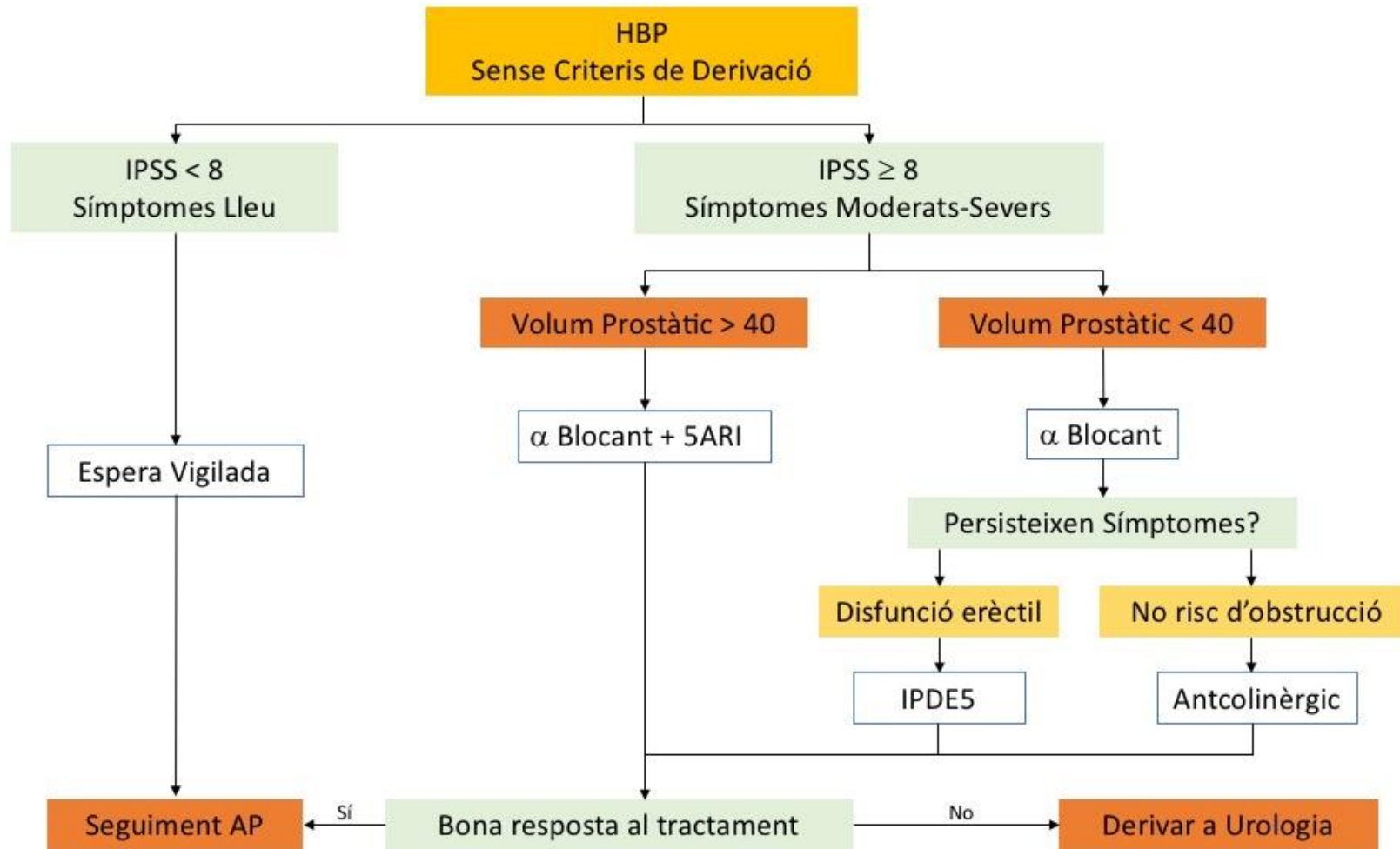
## Inhibidors de la 5 alfa-reductasa (5ARI):

- 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.

### \*Risc d'obstrucció:

- increment progressiu i significatiu del RPM
- pròstata major de 40 ml
- PSA > 1,5 ng/ml

# Algoritme Tractament HBP



# Casos Clínic

“La pràctica clínica diària i l'ús racional dels medicaments” 12 ed.

## Cas clínic (1)

En Joan és un pacient de 65 anys que acudeix a la consulta per presentar des de fa uns 9 mesos pèrdua en la força del raig d'orina. De vegades, fins i tot necessita fer força per començar a orinar. No té pol·laciúria ni disúria. Ens explica que des de fa temps s'aixeca 2 cops a la nit a orinar.



## Cas clínic (1)

Ex-fumador. Com antecedents patològics destaquen hipertensió arterial que controla amb hidroclorotiazida 50mg/dia i dieta hiposòdica, i dislipèmia mixta en tractament dietètic.





## Cas clínic (1)

### **Quin tipus de símptomes presenta?**

Des de fa 9 mesos presenta:

- Raig dèbil
- Esforç miccional
- Nictúria

## Cas clínic (1)

### **Quin és el diagnòstic diferencial?**

- HBP
- ITU
- Fàrmacs
- Altres patologies urològiques

## Cas clínic (1)

### Proves diagnòstiques:

Obligatòries	Recomanades	Opcionals	No recomanades
Anamnesis	IPSS i QV	Fluxometria	Citologia
Exploració física amb Tacte rectal	PSA	Diari miccional	Cistoscòpia
Sediment	Funció renal		Eco transrectal
	Ecografia reno-vesico-prostàtica		Urografia EV
	Residu postmiccional		TAC
			RM

## Cas clínic (1)

### **Proves obligatòries**

- **Anamnesi**
- **Exploració física:**
  - Exploració abdominal, pèlvica i genital normal.
  - Realitzem un tacte rectal que demostra una pròstata indolora, homogènia, de consistència elàstica i discretament augmentada de mida.
- **Sediment:**
  - Normal

## Cas clínic (1)

### **Proves recomanades**

- **IPSS:** 14/35 i QV 2/6.  
Simptomatologia moderada amb escassa afectació de la qualitat de vida.
- **Analítica de sang:**  
Normal amb filtrat glomerular > 60 ml/min
- **Ecografia reno-vesico-prostàtica**  
Pròstata de 40 gr amb calcificacions, sense cap altre alteració.
- **Residu postmiccional**  
RPM 150cc
- **PSA?**  
Amb un tacte rectal normal, no caldria en un primer moment sol·licitar el PSA

## Cas clínic (1)

### Resum:

- **IPSS:** símptomes moderats amb escassa afectació de la seva qualitat de vida.
- **Tacte rectal:** pròstata gran
- **Ecografia renal:** pròstata de 40gr i RPM 150 cc. Sense complicacions.
- **Analítica i sediment:** normal



## Cas clínic (1)

### Quin tractament proposem al Joan?

**5-ARI sol o amb  $\alpha$ -blocant**

perquè:

- Té signes indirectes d'obstrucció (RPM) i una pròstata de 40 gr .
- Clínicament té símptomes moderats però que no l'afecten gaire.

## Cas clínic (1)

Iniciem tractament amb **finasterida**.

- **Quin seguiment li proposarem?**





## Cas clínic (1)

### **Seguiment clínic:**

- Nou control en 6-12 mesos de l'inici de la finasterida

### **Control dels factors de progressió:**

- Nova ecografia renal amb RPM als 12 mesos de l'inici del tractament.
- Si haguéssim sol·licitat PSA inicialment, nou control en 6 mesos. Reducció del 50%.

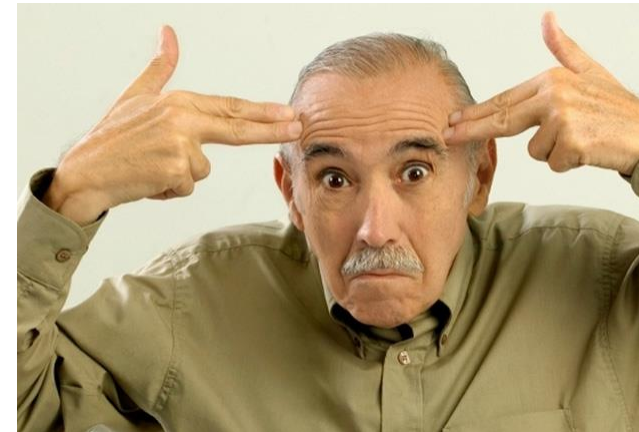
## Cas clínic (1)

### **Derivació a Urologia si:**

- Empitjorament o persistència RPM
- Manca de reducció volum prostàtic
- Manca de reducció del PSA

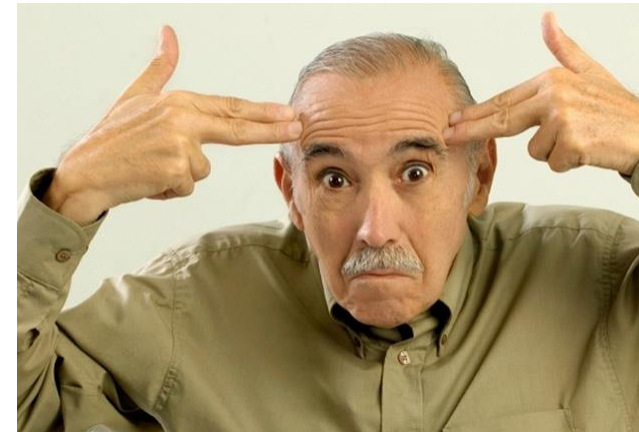
## Cas clínic (2)

En Miquel és un home de 75 anys al que visitem fa poc menys d'un mes, que es queixa de certa dificultat per a iniciar la micció, raig "en etapes", goteig persistent després d'acabar la micció i nictúria. Refereix que la nictúria està present des de fa anys, pel que considera que és quelcom normal relacionat amb l'edat. Els altres símptomes han aparegut en els últims mesos.



## Cas clínic (2)

També refereix haver patit com a mínim, dues infeccions d' orina en els darrers 3 anys, i ens explica un episodi de retenció aguda d'orina fa 3 ó 4 anys que va ser atribuït a un tractament farmacològic que no recorda.



## Cas clínic (2)

### **Quin tipus de símptomes presenta?**

Des de fa mesos-anys:

- Esforç miccional
- Raig intermitent
- Goteig postmiccional
- Nictúria

## Cas clínic (2)

### **Quin és el diagnòstic diferencial?**

- HBP
- ITU
- Fàrmacs
- Altres patologies urològiques

## Cas clínic (2)

### **Proves obligatòries**

- **Anamnesi:**

Infeccions d'orina i un episodi de RAO

- **Exploració física:**

Exploració abdominal, pèlvica i genital normal.

Realitzem un tacte rectal que demostra una pròstata augmentada de mida, regular, amb augment de consistència generalitzada, no dolorosa, no nòduls.

- **Sediment:**

Normal

## Cas clínic (2)

### **Proves recomanades**

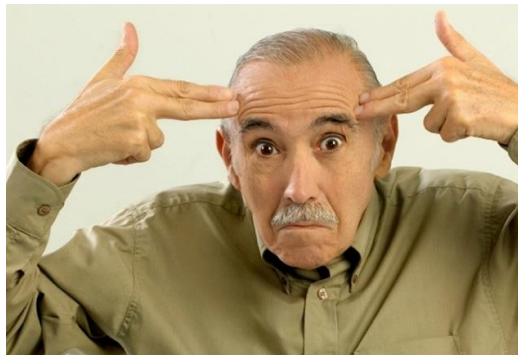
- **IPSS:** 21/35 i QV 4/6.  
Simptomatologia severa amb afectació de la qualitat de vida.
- **Analítica de sang:**  
Normal amb filtrat glomerular > 60 ml/min
- **Ecografia reno-vesico-prostàtica**  
Pròstata de 50 gr, sense cap altre alteració.
- **Residu postmiccional:** RPM 160cc
- **PSA?**  
Presenta un tacte rectal alterat per tant cal realitzar un PSA.  
El PSA resulta ser d' 1,5 ng/ml



## Cas clínic (2)

### Resum:

- **IPSS:** símptomes severos amb afectació de la seva qualitat de vida.
- **Tacte rectal:** pròstata gran amb augment de la consistència generalitzada
- **Ecografia renal:** pròstata de 50gr i RPM 160 cc. Sense complicacions.
- **Analítica i sediment:** normal
- **PSA:** 1,5ng/dl



## Cas clínic (2)

### Quin tractament proposem al Miquel?

#### 5-ARI amb $\alpha$ -blocador

perquè:

- Té signes indirectes d'obstrucció (RPM) i una pròstata de 50 gr .
- Clínicament té símptomes severos amb afectació de la vida diària
- Té antecedent de RAO i infeccions d'orina

## Cas clínic (2)

### Ens cal alguna prova més?

- Davant els signes indirectes d'obstrucció, cal demanar una **fluxometria**.
- Si no la tenim a l'abast, cal derivació a Urologia per valoració del grau d'obstrucció

## Cas clínic (2)

### **Seguiment clínic:**

- Control a partir dels 15-30 dies, per avaluació simptomàtica i efectes adversos de l'alfa-blocador.
- Nou control en 6-12 mesos.
- Si clínicament està millor podem proposar la retirada de l'alfa-blocador a partir dels 6 mesos.
- Si haguéssim sol·licitat PSA inicialment, nou control en 6 mesos. Reducció del 50%.

### **Control dels factors de progressió a obstrucció:**

Nova ecografia als 12 mesos de l'inici del tractament

## Cas clínic (2)

**Fluxometria:** fluxe urinari màxim de 8ml/s

Es manté tractament per reduir el risc de nova RAO però té criteris quirúrgics, per tant caldrà fer derivació a **urologia**.

## Cas clínic (3)

En Pau acudeix a la nostra consulta per presentar dificultat per aguantar l'orina, pol·laciúria i nictúria de pocs mesos d'evolució. Moltes vegades té la sensació de no acabar mai d'orinar. Té 55 anys i fins ara no refereix malalties importants. El seu pare va patir un càncer de pròstata.



## Cas clínic (3)

### **Quin tipus de símptomes presenta?**

Des de fa pocs mesos presenta:

- Urgència miccional
- Pol.laciúria
- Nictúria
- Sensació de buidament incomplet

## Cas clínic (3)

### **Quin és el diagnòstic diferencial?**

- HBP
- ITU
- Fàrmacs
- Càncer de pròstata
- Altres patologies urològiques



## Cas clínic (3)

### **Proves obligatòries**

- **Anamnesi:**

Antecedents familiars de neoplàsia prostàtica

- **Exploració física:**

Exploració abdominal, pèlvica i genital normal.

El tacte rectal posa de manifest una pròstata augmentada de mida, de consistència normal, amb un nòdul a lòbul dret.

- **Sediment:**

Normal

## Cas clínic (3)

### Proves recomanades

- **IPSS:** 9/35 i QV 2/6.  
Simptomatologia moderada sense afectació de la qualitat de vida.
- **Analítica de sang:**  
Normal amb filtrat glomerular > 60 ml/min
- **Ecografia reno-vesico-prostàtica**  
Ronyons de morfologia i mida normals, sense imatges suggestives de litiasi ni signes d'obstrucció de la via urinària; bufeta urinària sense defectes de replecció; pròstata gran de 35 gr, homogèna i sense nòduls
- **Residu postmiccional**  
RPM 100cc
- **PSA?**  
Com que el tacte rectal és patològic cal demanar PSA.  
PSA de 4,5 ng/ml. Fracció PSA lliure de 0,16

## Cas clínic (3)

### Resum:

- **IPSS:** símptomes moderats sense afectació de la seva qualitat de vida.
- **Tacte rectal:** nòdul prostàtic
- **Ecografia renal:** pròstata de 35gr i RPM 100 cc. Sense complicacions.
- **Analítica i sediment:** normal
- **PSA:** de 4,5 ng/ml. Fracció PSA lliure de 0,16

## Cas clínic (3)

### **Quin tractament proposem al Pau?**

Cal derivació a urologia per:

Ecografia transrectal i PAAF





## Cas clínic (4)

En Pere acudeix per fer la revisió de la pròstata. Té 65 anys, obès i té antecedents de gota. Està en tractament amb tamsulosina per HBP des de fa 1 any. Es troba bé, encara que a temporades, té més urgència miccional i nictúria.

## Cas clínic (4)

### **Seguiment de pacients amb alfa-blocadors:**

- IPSS: 7/35, QV 2/6 (milloria respecte IPSS previ)
- Anamnesi d'efectes secundaris:
  - Mareig (5-10%), hipotensió ortostàtica (2-5%), cefalea, somnolència, astènia, congestió nasal, síndrome de l'Iris flàcid i ejaculació retrògrada. Normalment els principals efectes adversos dels alfa-blocadors es produeixen en les primeres 8 setmanes d'inici del tractament.
- Ecografia renal/RPM: no hi ha consens en la periodicitat, es pot espaiar si no hi ha sospita d'obstrucció i l'ecografia inicial era normal (pròstata de 28 gr sense RPM ni complicacions).

## Cas clínic (4)

Podem plantejar-nos aturar el tractament?

La història natural de l'HBP té un curs ondulant. Si clínicament està bé, amb millora de l'IPSS, es pot discontinuar el tractament

## Cas clínic (4)

Si clínicament empitjorés, quines opcions de tractament podem oferir?

Afegir anticol·linèrgic o Inhibidor de la fosfodiesterasa 5 si existeix disfunció erèctil concomitant.



GRÀCIES PER LA VOSTRA ATENCIÓ...