



CAMFiC

societat catalana de medicina
familiar i comunitària

XVII TALLERS D'HABILITATS PRÀCTIQUES

Tacte rectal Maneig de la Hiperplàsia de pròstata (HBP):

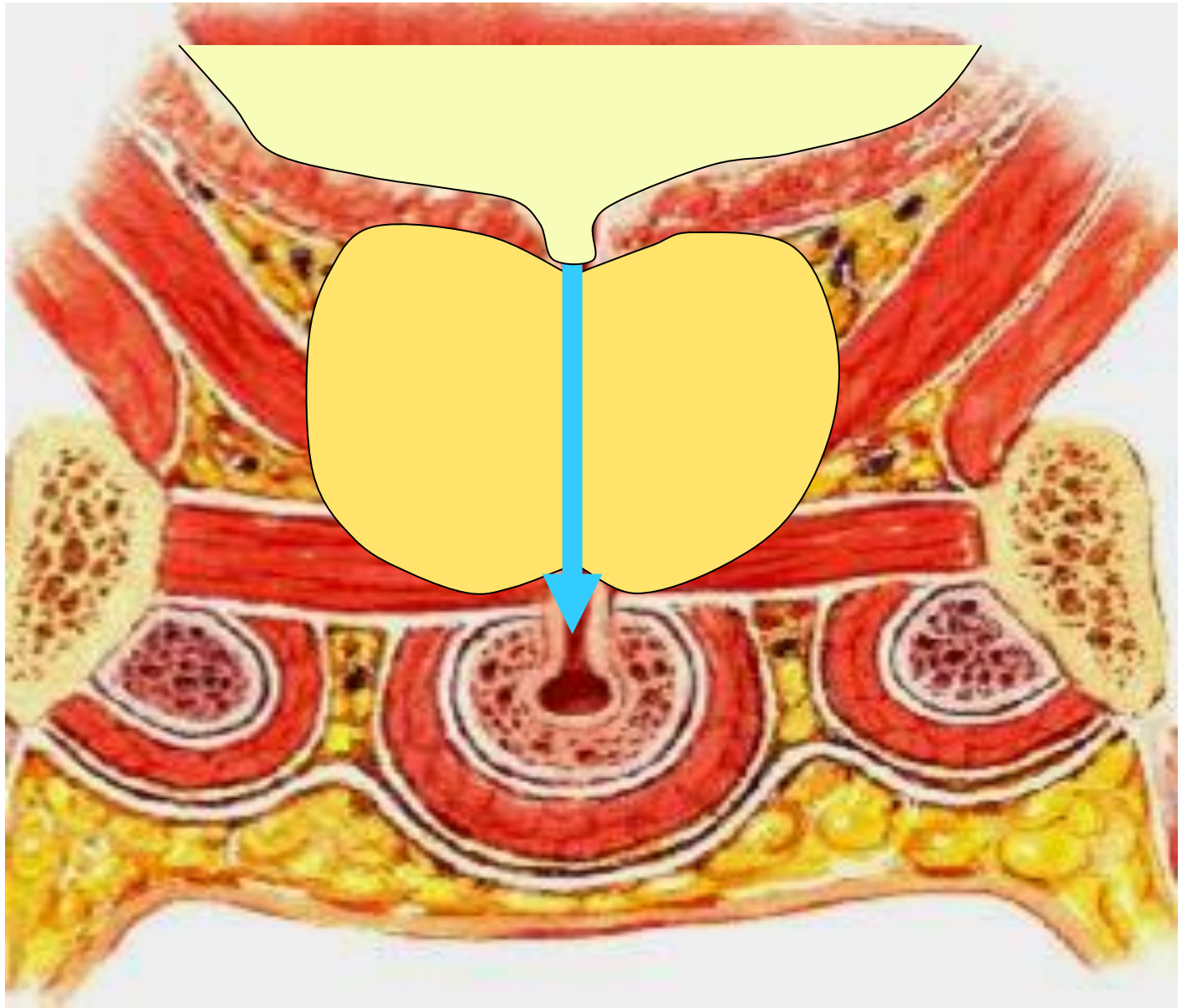
**Docent :
GRUP UROLOGIA CAMFiC**



Síntomes del Tracte Urinari Inferior

Diagnòstic diferencial

- Hiperplàsia prostàtica (principal causa de STUI, motiu consulta més freqüent en >40a)
 - Infecció urinària
 - Hipertròfia coll bufeta
 - Estenosi uretral
 - Litiasis bufeta
 - Càncer bufeta
 - Càncer pròstata
 - Malalties neurològiques (neuropatia diabètica, parkinson, esclerosi múltiple, accident vascular cerebral)
 - Cirurgia o trauma pelvià
 - Fàrmacs (diürètics, anticol·linèrgics, antidepressius...)
-



Síntomes, volum prostàtic i grau d'obstrucció

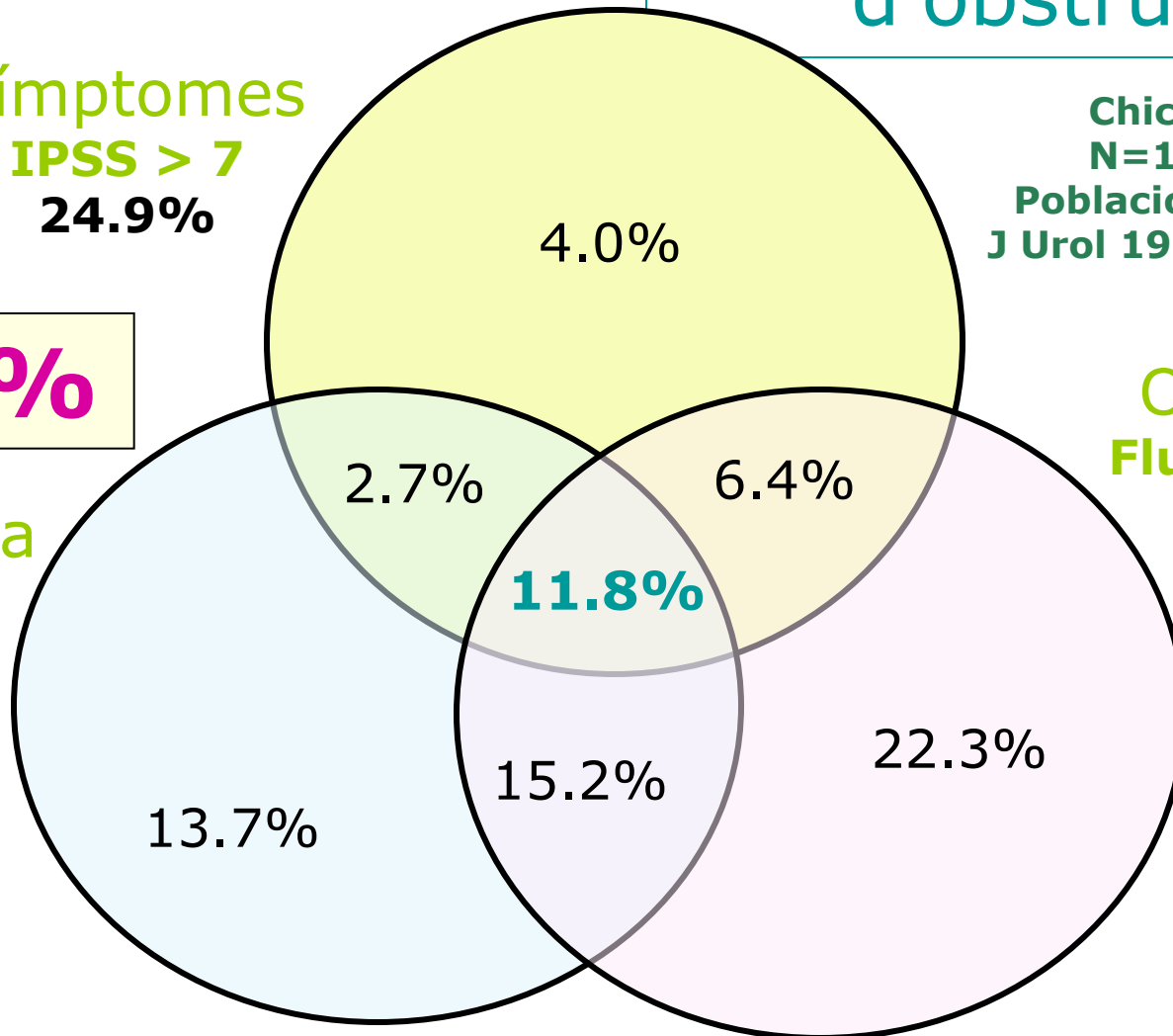
Síntomes
IPSS > 7
24.9%

Chicharro et al.
N=1106; >40 a
Poblacional, Andalusia
J Urol 1998; 159: 878-82

76.1%

Obstrucció
Flux < 15 ml/s
55.7%

Hiperplàsia
>30 gr
43.4%



Flux N > 15
Flux obstr < 10
Dubtos 10-15



Estudi diagnòstic HBP

Síntomes

IPSS

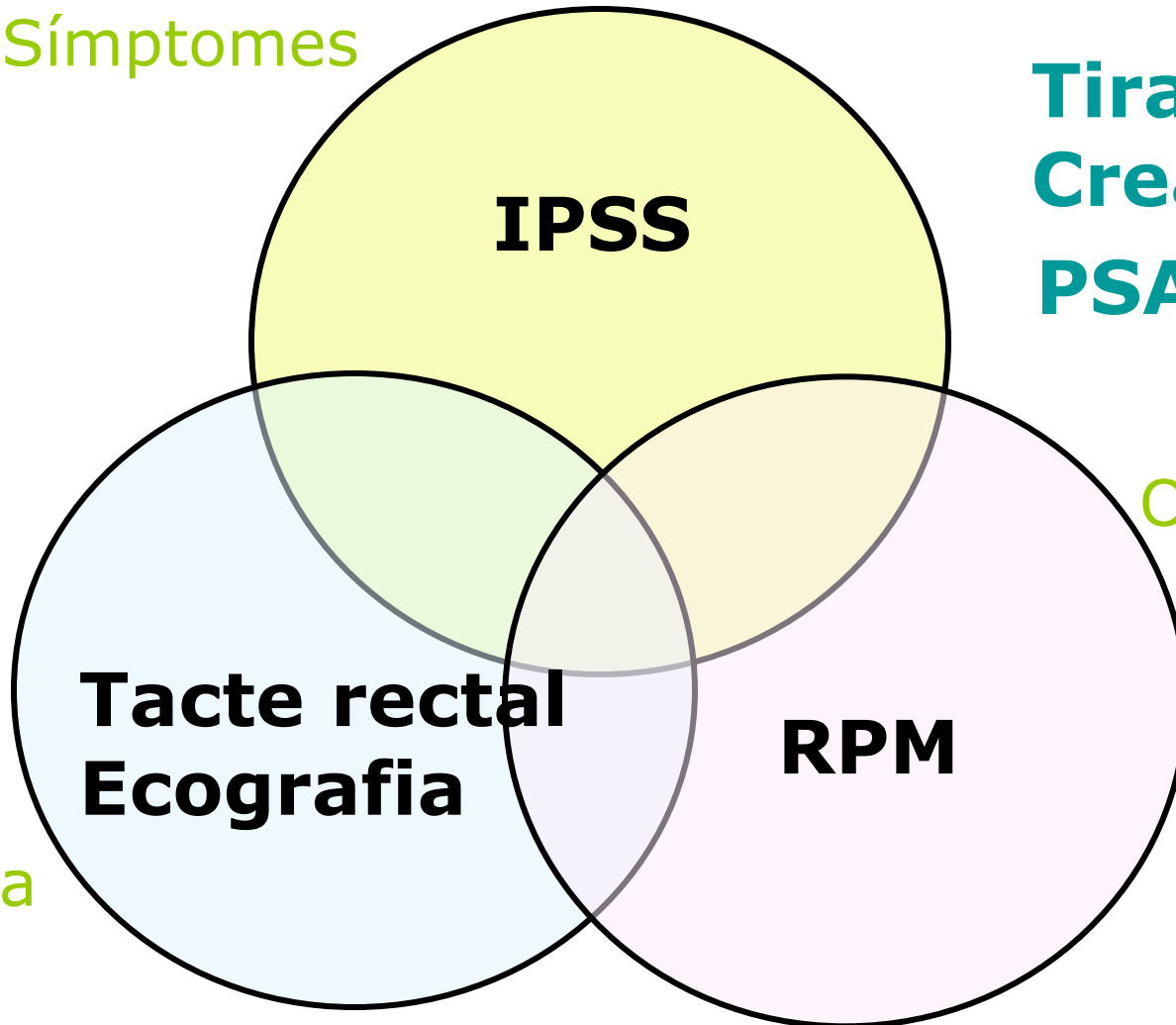
Tira orina
Creatinina
PSA opcional

Obstrucció

Tacte rectal
Ecografia

RPM

Hiperplàsia



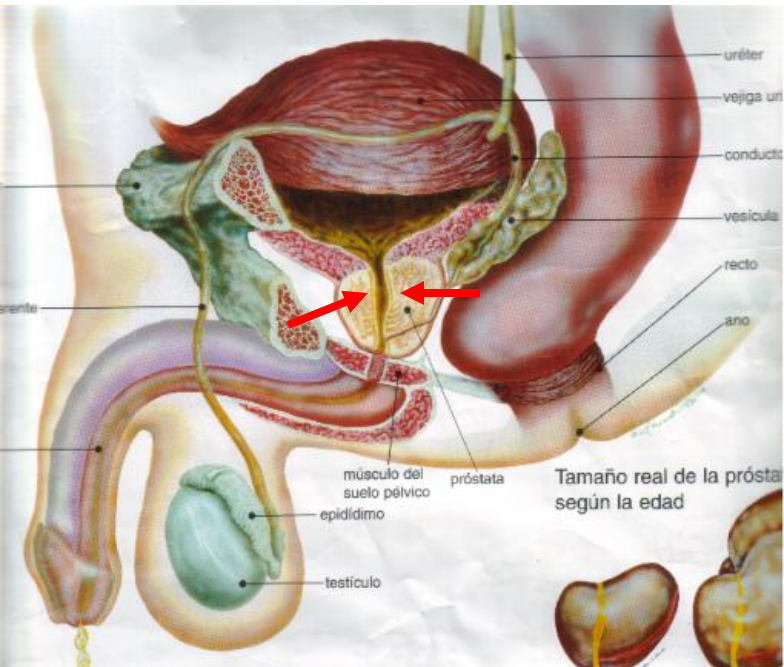
Síntomes

OMPLIMENT = IRRITATIUS

1. Polaquiuria
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⁽²⁾ 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.



IPSS

International Prostate Symptom Score

Puntuació **símptomes**:

- de 0 a 7 **lleugera**
- de 8 a 19 **moderada**
- de 20 a 35 **greu**

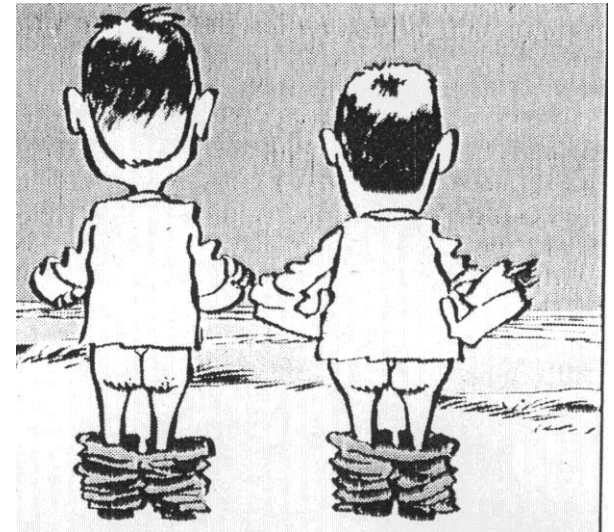
Item independent de **qualitat de vida en relació a simptomatologia, valorat de 0 (encantat) a 6 (fatal)**

- De 0 a 2 **lleugera** afectació de la QV
- 3 **moderada** afectació de la QV
- De 4 a 6 **greu** afectació de la QV : > 4 **afectació significativa de Qv**

Es considera significatiu un canvi del IPSS de 4 punts

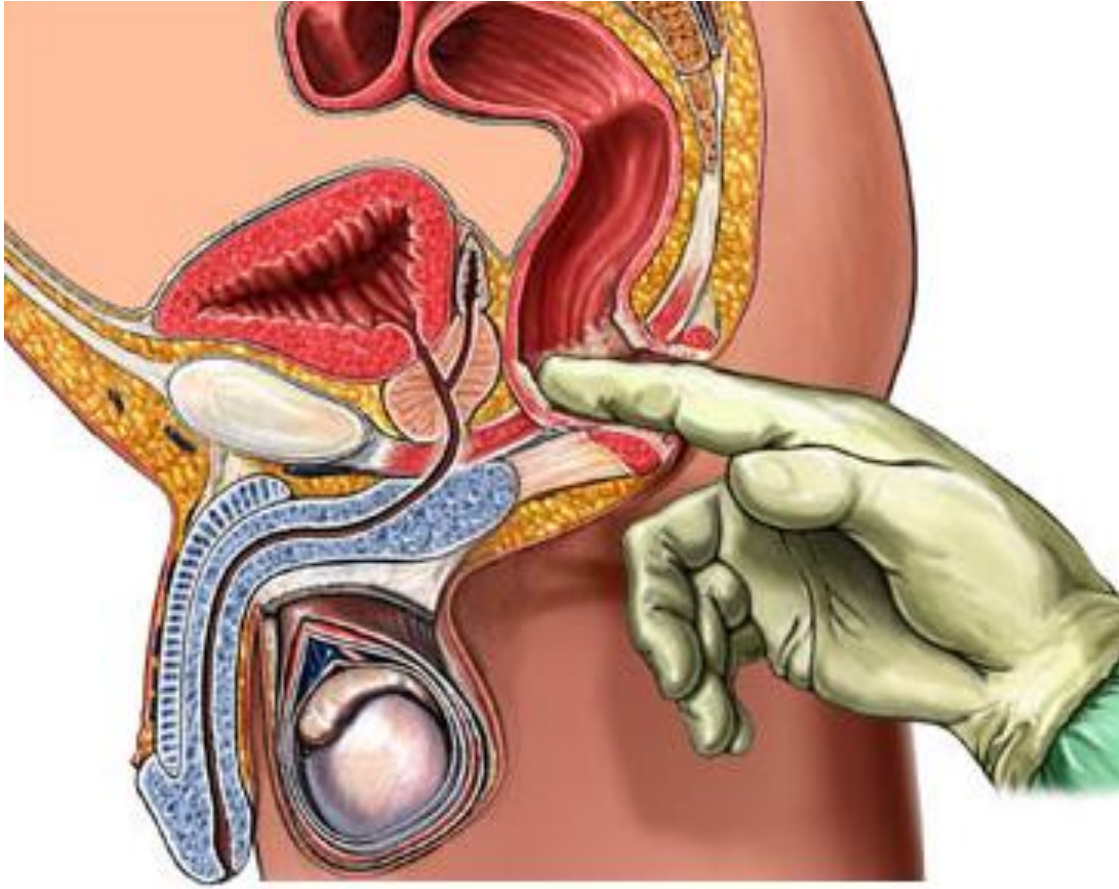
Tacte rectal

- Exploració a l'abast
- Bona correl·lació amb PSA
(PSA 1,5 ng/ml \approx 30 cc)
- Pot orientar la conducta posterior



<http://www.youtube.com/watch?v=2QDZKWRit4s>

Tacte rectal



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

TR : Característiques

Troballes	Tacte rectal : N	Patològic
Solc mig	Conservat	No
Tamany	< 30 cc	> 30cc
Consistència	Tou	Augmentada Pétrea
Mobilitat	Conservada	disminuïda
Límits	Llisos	Irregulars
Nòduls	NO	SI
Sensibilitat	Sense dolor	Dolor.

Tacte rectal :

Mida prostàtica segons tacto rectal normal

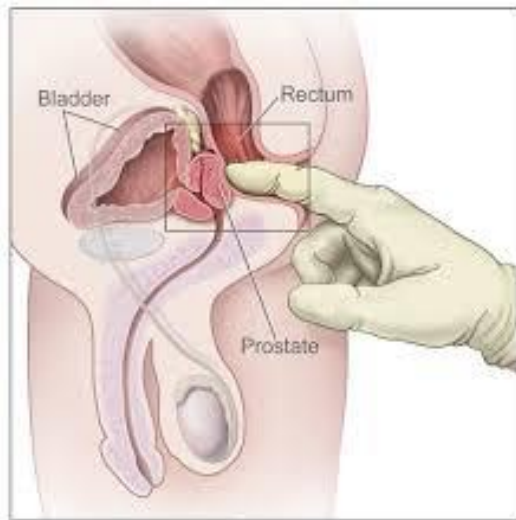
- Grau I Mida quasi normal (castanya). Solc mig mantingut. Pes < 30 g
- Grau II Augment de mida. Solc mig mantingut. Pes entre 30-50 g
- Grau III Pròstata gran. Cara posterior convexa. Sense solc mig. Pes entre 50-80 g
- Grau IV Pròstata molt gran (taronja), prominent en ampolla rectal. Sense solc mig. Pes > 80 g



Tacte rectal

Recordeu, explicar en que consisteix l'exploració al pacient.

Precaució al realitzar el TR en el cas de sospita de prostatitis.



Eco reno-vesico-prostàtica

Volum pròstata:

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

Residu post-miccional (RPM):

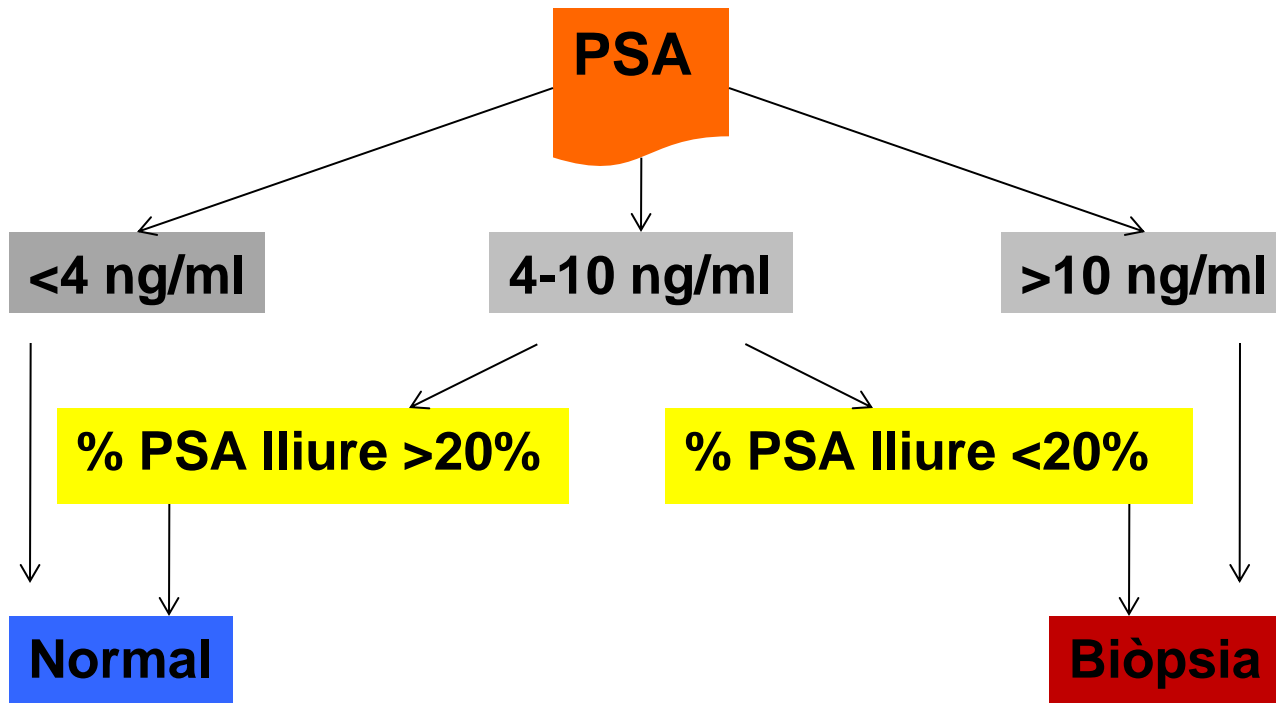
- **> 150 ml** o creixent = signe indirecte d'obstrucció

Complicacions:

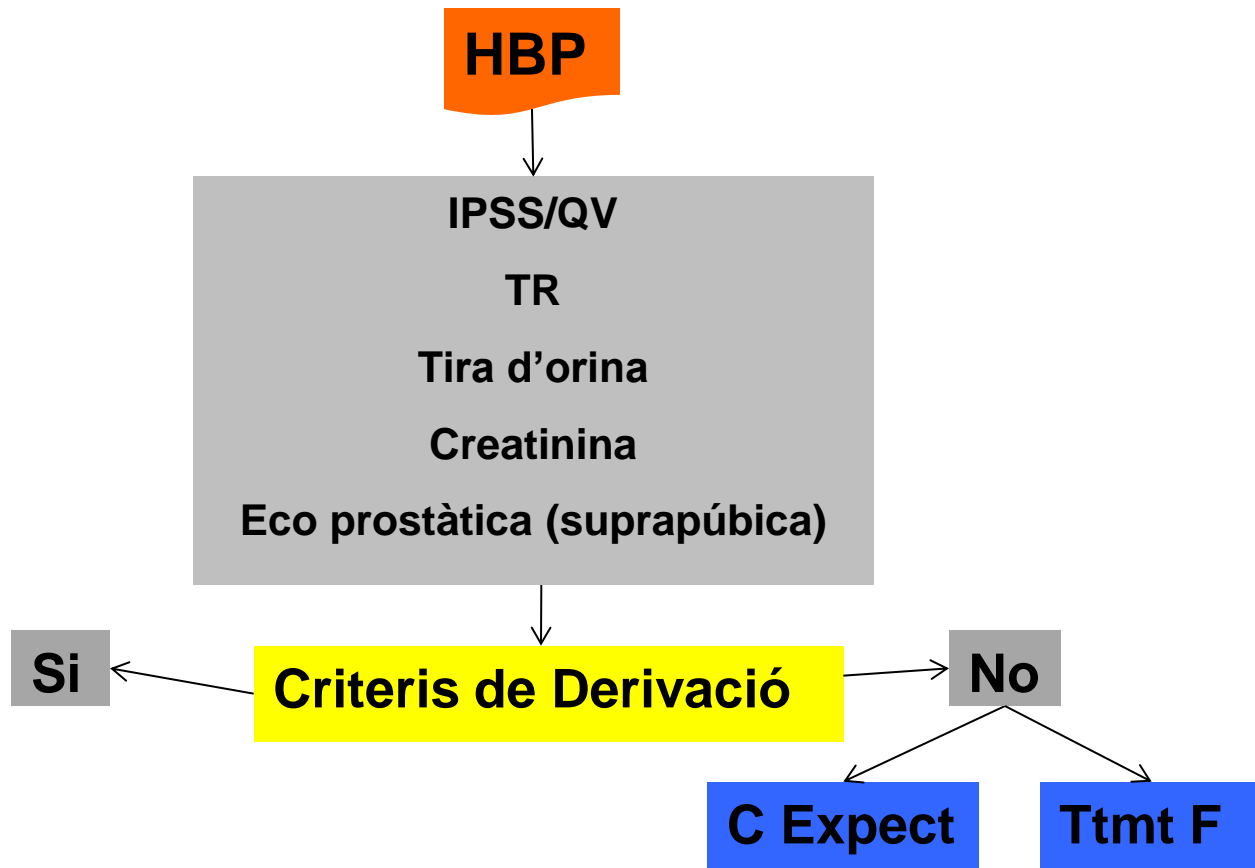
- Diverticles vesicals, hidronefrosi, litiasi vesical

Altres patologies (bufeta)

Amb el PSA



MANEIG DIAGNÒSTIC



Criteris de derivació:

- Manca de resposta al tractament farmacològic
 - Compliment?
 - Orientació diagnòstica?
- Indicacions cirurgia : Obstrucció
 - RAO
 - Retenció crònica d'orina
 - > 150ml de forma persistent malgrat tractament
 - Diverticles o litiasis vesicals
 - ITU de repetició
 - Hematúria persistent / recurrent (valorar estudi / etiològic)
 - IR per ureterohidronefrosi secundària a HBP

Tractament de la HBP

- Els objectius del tractament a la HBP són:
 - Disminuir símptomes
 - Millorar la qualitat de vida
 - Evitar l'aparició de complicacions.

- Les opcions terapèutiques son:
 - Vigilància. Conducta espectant
 - Tractament mèdic.
 - Tractament quirúrgic

TRACTAMENT DE LA HBP ... En qué ens basem?

1. Intensitat de la clínica i l'afectació o no de la qualitat de vida (IPSS-QV)
2. La presència de complicacions.
3. El risc d'obstrucció.
4. Mida pròstata.

Risc d'obstrucció :

RPM > 150

Mida pròstata

> 40cc



Conducta espectant

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 IQ?

*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 (Accedido el: 23/01/2012)

Algoritme Tractament Farmacològic

Tractament Farmacològic*

* Síntomes 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 elevat risc
d'obstrucció

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

Tractament Farmacològic

Alfa-blocants: Doxazosina, Terazosina, Alfuzosina, Tamsulosina, Silodosina

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

Fitoteràpia

Anticolinèrgics : Oxibutinina, Tolterodina, Solifenacina, Fesoterodina

no indicació per HBP:

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



Tractament simptomàtic ...

- Alfa-blocants
- Fitoteràpia
- Inhibidors PD-5
- Anticolinèrgics



Tractament simptomàtic: α 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
 - No modifiquen el PSA
 - No prevenen complicacions.

Tractament simptomàtic: α 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

Sd. de l'iris flàccid.



Efectes secundaris ...



- Respecte el SIFI :
 - Es relaciona amb tot el grup.
 - Més freqüent amb tamsulosina
 - Pacients que han de ser intervinguts de catarates :
 - No iniciar tractament amb blocants alfa-1
 - Suspendre si ja el rebien.
 - La suspensió d'aquests fàrmacs una o dos setmanes pre-cirurgia podria ser útil per la prevenció de la SIFI.

Tractament simptomàtic: α blocants III

- **D'elecció en pacients amb :**
 - Simptomatologia moderada/greu
 - Pròstates petites
 - Sense risc d'obstrucció
 - Sense 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.

Alfa-bloquers ...



Tractament simptomàtic: α blocants IV

Silodosina :

- L'últim alfa-blocant disponible al mercat
- No ha demostrat diferències d'eficàcia amb altres fàrmacs del seu grup
- Presenta una major incidència d' ejaculació retrograda
- Té un cost 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>

Araki T et Al. Comparison of 7 α 1-adrenoceptor Antagonists in Patients with Lower Urinary Tract Symptoms Associated with Benign Prostatic Hyperplasia: A Short-term Crossover Study Acta Med. Okayama, 2013 Vol. 67, No. 4, pp. 245-251

IPSS change by different α 1-adrenoceptor antagonists at baseline and after 8 weeks of administration of the patient-selected agent

	IPSS	QOL score	Voiding symptoms	Storage symptoms	Incomplete emptying	Nocturia
Silodosin (N=24)	- 2.5 ± 5.8	-1.1 ± 1.4	-1.9 ± 2.9	0.0 ± 3.1	-0.7 ± 1.6	- 0.3 ± 1.0
Doxazosin (N=22)	- 5.1 ± 6.6	-2.1 ± 1.2	-1.5 ± 3.3	-2.4 ± 3.7	-1.2 ± 1.6	- 0.8 ± 1.1
Terazosin (N=14)	- 4.8 ± 7.5	-1.4 ± 1.5	-0.9 ± 3.1	-2.6 ± 4.2	-1.4 ± 2.0	- 1.0 ± 1.0
Tamsulosin (N=9)	- 4.7 ± 7.2	-1.7 ± 1.5	-1.2 ± 4.2	-2.9 ± 3.1	-0.6 ± 2.0	- 1.1 ± 1.3

	Adverse events N (%)	Cardiovascular	Gastrointestinal	Retrograde ejaculation	Overactive bladder	Other s
Silodosin	27 (24%)	2	6	12	1	6
Terazosin	14 (12%)	8	1	2	1	2
Prazosin	12 (11%)	7	2	1	1	1
Urapidil	10 (9%)	5	2	2	1	0
Doxazosin	9 (8%)	6	1	1	1	0
Tamsulosin	8 (7%)	3	1	2	1	0
Naftopidil	7 (6%)	4	1	2	0	0
Total 86/791	* (11%)	35	14	22	6	9

RESEARCH

Tamsulosin treatment for benign prostatic hyperplasia and risk of severe hypotension in men aged 40-85 years: 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

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

 OPEN ACCESS

Steven T Bird *lead epidemiologist*^{1,2}, Joseph A C Delaney *research assistant professor*³, James M Brophy *professor*⁴, Mahyar Etminan *assistant professor*⁵, Sean C Skeldon *resident*^{6,7}, Abraham G Hartzema *professor*²

¹Food and Drug Administration, Center for Drug Evaluation and Research, Office of Surveillance and Epidemiology, Department of Epidemiology, Silver Spring, MD, USA; ²University of Florida, College of Pharmacy and Epidemiology, Pharmaceutical Outcomes and Policy, Gainesville FL, USA; ³University of Washington, School of Public Health, Department of Epidemiology, Seattle, WA, USA; ⁴McGill University Health Centre, Royal Victoria Hospital, Montreal, Quebec, Canada; ⁵University of British Columbia, Therapeutic Evaluation Unit, Provincial Health Services Authority, Faculty of Medicine, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada V5Z1M9; ⁶University of Toronto, Division of Urology, Department of Surgery, Toronto, Canada; ⁷University of British Columbia, Department of Urologic Sciences, Vancouver, Canada

- 42.4 events per 10 000 person year
- increased rate of hypotension :
 - during weeks 1-4 (rate ratio 2.1 to 3.04)
 - During weeks 5-8 (1.51 (1.04 to 2.18))
 - and no significant increase at weeks 9-12

Abstract

Objective To characterize risk of hypotension requiring admission to hospital in middle aged and older men treated with tamsulosin for benign prostatic hyperplasia.

Design Population based retrospective cohort study (between patient methodology) and self controlled case series (within patient methodology).

Setting Healthcare claims data from the IMS Lifelink database in the United States.

Participants Men aged 40-85 years with private US healthcare insurance entering the cohort at their first dispensing for tamsulosin or for a 5 α reductase inhibitor (5ARI) between January 2001 and June 2011 after a minimum of six months' enrolment.

Main outcomes measures Hypotension requiring admission to hospital. Cox proportional hazards models estimated rate ratios at time varying intervals during follow-up: weeks 1-4, 5-8, and 9-12 after tamsulosin initiation; weeks 1-4, 5-8, and 9-12 after restarting tamsulosin (after a four week gap); and maintenance tamsulosin treatment (remaining exposed person time). Covariates included age, calendar year, demographics, antihypertensive use, healthcare use, and a Charlson comorbidity score. A self controlled case series, having implicit control for time invariant covariates, was additionally conducted.

Results Among 383 567 new users of study drugs (tamsulosin 297 596; 5ARI 85 971), 2562 admissions to hospital for severe hypotension were identified. The incidence for hypotension was higher for tamsulosin (42.4 events per 10 000 person years) than for 5ARIs (31.3 events per 10 000 person years) or all accrued person time (29.1 events per 10 000 person years). After tamsulosin initiation, the cohort analysis identified an 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. The rate ratio for hypotension also increased at weeks 1-4 (1.84 (1.46 to 2.33)) and 5-8 (1.85 (1.45 to 2.36)) after restarting tamsulosin, as did maintenance tamsulosin treatment (1.19 (1.07 to 1.32)). The self controlled case series gave similar results as the cohort analysis.

Conclusions We observed a temporal association between tamsulosin use for benign prostatic hyperplasia and severe hypotension during the first eight weeks after initiating treatment and the first eight weeks after restarting treatment. This association suggests that physicians should focus on improving counseling strategies to warn patients regarding the "first dose phenomenon" with tamsulosin.

Introduction

Benign prostatic hyperplasia is an enlargement of the transition zone of the prostate that can cause lower urinary tract symptoms and could lead to bladder outlet obstruction in men. Lower

Correspondence to: M Etminan metminan@popi.ubc.ca

Extra material supplied by the author (see <http://www.bmj.com/content/347/bmj.f6320?tab=related#webextra>)

Web appendix: Sensitivity analyses

No commercial reuse: See rights and reprints <http://www.bmj.com/permissions>

Subscribe: <http://www.bmj.com/subscribe>



Tractament simptomàtic: α 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
 - **Sense risc d'obstrucció (control del residu postmiccional)**



Inhibidors de la 5PDE

A systematic review and meta-analysis on the use of *phosphodiesterase 5 inhibitors* alone or in combination with α -blockers for lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia.

Gacci M et al. Eur Urol. 2012 May;61(5):994-1003. doi: 10.1016/j.eururo.2012.02.033. Epub 2012 Feb 25.

Revisió sistemàtica dels metanàlisis i estudis prospectius i transversals sobre l'ús dels PDE5 sols o en combinació amb blocants α 1-adrenèrgics en pacients amb STUI / hiperplàsia prostàtica benigna.

A systematic review and meta-analysis on the use of phosphodiesterase 5 inhibitors alone or in combination with α -blockers for lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia.

- **107 articles recuperats, 12 inclosos: 7 amb PDE 5 vs placebo, amb 3.214 homes, i 5 en combinació amb blocants α 1-adrenèrgics:**
 - Seguint mitjà: **12 setmanes.**
 - L'ús de **PDE5 sols** es va associar amb una **millora significativa de la simptomatologia** (IIEF) (5,5, $p < 0,0001$) i (IPSS) (-2,8; $p < 0,0001$), però **no del flux màxim (Q màx)** en comparació amb placebo.
 - **La associació de PDE5 i blocants α 1-adrenèrgics** va millorar els tres paràmetres: IIEF (3,6, $p < 0,0001$), IPSS (-1,8, $p = 0,05$), i Q (màx) (1,5, $p < 0,0001$) en comparació amb només α -blocants.
-

Inhibidors de la 5PDE II

■ CONCLUSIONS:

El metanàlisi suggereix que els PDE5 poden millorar significativament els STUI i la funció erèctil en homes amb HPB, i poden ser una opció de tractament per als pacients amb STUI secundària a BPH amb o sense disfunció erèctil.

■ Podria ser una opció en pacients amb HBP+DE *

*** Tadalafil: a phosphodiesterase-5 inhibitor for benign prostatic hyperplasia. Cantrell MA, Baye J, Vourism Pharmacotherapy. 2013 Jun;33(6):639-49. doi: 10.1002/phar.1243. Epub 2013 Mar 25.**

***Directrius sobre el tractament dels STUI no neurogènics en l'home . 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**

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 possibles interaccions amb :
 - Inhibidors del citocrom P450
 - **Nitrats**
 - Antagonistes no selectius alfa adrenèrgics.
 - Atenció amb Efectes adversos :
 - Dolor lumbar
 - Dispèpsia
 - Cefalea i mareig.



Anticol·linèrgics : Antimuscarínics

- 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 irritatius
- Sense alterar el flux màxim
- Sense incrementar significativament el risc de retenció urinària.
 - Estudis amb pocs pacients
 - 6 mesos de seguiment màxim,
 - Augment del RPM



FITOTERÀPIA:

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

Objectius: Avaluar els efectes i danys de Serenoa repens en el tractament dels homes amb STUI / HBP.

Recerca: Registre Cochrane Central de Ensayos Controlados (CENTRAL), MEDLINE®, EMBASE, CINAHL®, Web of Science, Scopus, BIOSIS Avances®, LILACS, ClinicalTrials.gov, controlado-Trials.com, Organización Mundial de la Salud (OMS) i Google Scholar, revisions sistemàtiques, referències i guies de pràctica clínica.

- Assajos amb SR (sola o en combinació) durant al menys quatre setmanes, en comparació amb placebo o d'altres intervencions.
- Detecció de milloria simptomàtica, de la nictúria i/o flux urinari.

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.



Tractament modificador de l'evolució.

- ❑ Inhibidors de 5-alfa-reductasa. (5-ARI)
- ❑ Associacions amb 5-ARI



Tractament modificador de l'evolució: (5ARI)

- D'elecció en pacients amb :
 - Pròstates grans (>40 ml) i risc d'obstrucció. (RPM)
- L'associació amb alfa blocant quan ...
 - Clínica moderada o greu.
 - Depenent de la comorbiditat del pacient
 - (polimedicació, edat, pluripatologia,...)
 - Podrien retirar-se a partir dels 6-9 mesos, mantenint els 5ARI.

Què fan els 5 ARI ???

- Bloquegen el pas de testosterona a dihidro-testosterona.
- Disminueixen el volum prostàtic. Això altera el curs de la malaltia
- Milloren els símptomes entre els 6-12 mesos de tractament
- Disminueixen les IQ
- Disminueixen les RAO
- NNT per evitar una RAO / IQ: 86 / 39 als 5 anys, per finasteride.
- NNT per evitar una RAO / IQ: 23 / 30 als 4 anys, per dutasteride
- Disminueixen el PSA (aproximadament en un 50%)
- Efectes adversos :
 - disfunció erèctil (5-7%)
 - disminució líbido (3%),
 - ginecomàstia, teratogènics
- Disminució CaP amb augment dels càncers d'alt grau



5 Ari i Càncer de pròstata (CaP)

■ **PCPT: (Finasterida) 7 anys de seguiment**

- Disminució de risc de CaP de baix grau un 25%
- Disminució de carcinoma in situ d'alt risc un 21,4%.
- Augment del risc de neoplàsies d'alt grau (Gleason >7) en el grup finasterida. (**6,4%** vs 5,1% $p < 0,005$)

Pròstata càncer Preventive Trial (**PCPT**) NEJM 2003; 349: 215-24

■ **REDUCE: (Dutasterida) 4 anys de seguiment**

- Menor incidència de CaP **23%**
- Augment del risc de càncer d'alt grau (Gleason >8) (**1,0%** vs. 0,5%; $p=0.02$), a partir dels 2 anys de seguiment.

Effect of Dutasteride on the Risk of Prostate Cancer N Engl J Med 2010;362:1192-202

5 Ari i Càncer de pròstata (CaP)

- Redueixen la incidència de càncer de pròstata de baix grau.
- Incrementen el risc de CP d'alt grau?
- Augmenten la capacitat de diagnòstic de CP?
- Falsa sensació de seguretat, i endarrerir el diagnòstic
[NEJM 2010;362:1237-8](#)
- Càncer de mama en tractats amb finasterida
[Rev Prescrire 2010;30\(317\):187](#)

La FDA, en 2011, va afegir el risc que suposa l'ús de 5ARI pel que fa a l'increment de càncer d'alt grau, i **no aconsella el seu ús com a tractament quimiopreventiu** del càncer de pròstata.

<http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm258314.htm>

5 Ari i Càncer de pròstata (CaP) :

N Engl J Med 2013; 369:603-610

- A partir del estudi PCPT
- Es fa un seguiment de 18 anys
- S'observa que :
 - No hi ha diferència en la supervivència global entre els grups amb finasteride vs grup placebo.

PSA NADIR

- PSA Nadir : PSA més baix obtingut als 6 mesos d'iniciar el tractament amb un 5-ARI.*
- Qualsevol increment de PSA confirmat implica risc de CaP d'alt grau
IMPLICARIA biòpsia prostàtica
- Implica monitoritzar el PSA en HBP (no factor de risc de CaP)

* Andriole et al. The Effect of Dutasteride on the Usefulness of Prostate Specific Antigen for the Diagnosis of High Grade and Clinically Relevant Prostate Cancer in Men With a Previous Negative Biopsy: Results From the REDUCE Study. J Urol. 2011 Jan; 185: 126-131

Tractaments combinats: *Alfablocants + inh 5a reductasa*

- L'associació té : Efecte sinèrgic
- Els components de la associació tenen efecte de classe :
 - 5 ARI
 - Alfa bloq
 - Similars efectes adversos
 - Irrellevants diferències farmacocinètiques /farmacodinàmiques.
- El tractament combinat vs mono teràpia suposa :
 - Millors superiors en símptomes, Qmax, i major prevenció de progressió
 - Més efectes adversos.

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

5ARI : ESTUDIS

■ **MTOPS:**

- Reducció risc RAO: Doxazosina > 31%, Finasteride > **67%** Do+Fi > **79%**
- Reducció risc IQ: Doxazosina > 8% Finasteride > **64%** Do+Fi > **69%**
- NNT per evitar una RAO / IQ: **86 / 39** als 5 anys, respectivament

McConnell JD et al. N Engl J Med 2003; 349: 2387-98

■ **CombAT 4 anys:**

- Disminució RR de CIR o RAO: Du+TA **68%** vs tamsulosina i 19% vs Dutasterida
- Reducció del risc relatiu progressió clínica: Du+TA **44,1%** vs tamsulosina i 31,2% vs dutasteride
- NNT per evitar una RAO / IQ: **23 / 30** als 4 anys, respectivament

Roehrborn CG, et al. Eur Urol 2010; 57: 123-131 2008 Feb; 179(2): 616-21; discussion 621.
Epub 2007 Dec 21

5ARI : ESTUDIS

- **Efectes adversos monoteràpia i combinació:**
 - Combinació (DU+TA): **28 % ***
 - Dutasteride: 21%
 - Tamsulosina: 19%
 - Abandonaments per reaccions adverses: similars entre els grups
 - Incidència d'insuficiència cardíaca:
 - DU+TA: **0,9%**
 - TA: 0,6%
 - DU: 0,2%

*L' administració conjunta dels dos medicaments sembla augmentar la freqüència de trastorns de l' ejaculació.

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 α -blocant
 - als 6-9 mesos de tractament
 - Síntomes 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

Però.... tractament combinat...

Implica almenys simptomatologia moderada (IPSS > 8) *i ...*

factors de progressió presents:

- *PSA > 1.5*
- *Pròstata > 30ml*
- *Incrementos de IPSS significatius ...*



“ Aquells pacients amb pròstata amb criteris de progressió es beneficiaria del tractament combinat en forma de disminució de RAO i IQ ... “

(La majoria de pacients tindrà PSA > 1,5 ng/mL, pròstates de més de 30 ml i/o augment del IPSS en 4 punts...)

QUÈ VOLEM ?

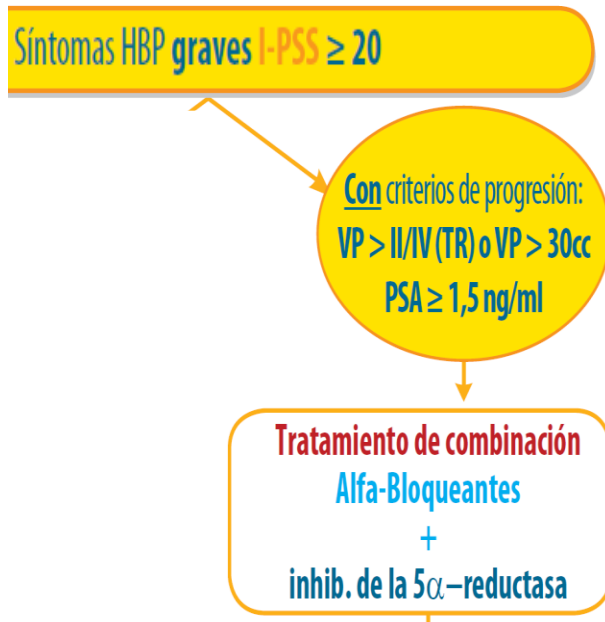
QUÈ ENS PREOCUPA?

QUÈ VOLEM TRACTAR A LA HBP?



- Clínica
 - Síntomes irritius
 - Síntomes obstructius
 - Afectació de la qualitat de vida
- Obstrucció
 - Retenció orina
 - Complicacions secundàries a l'obstrucció
- De què parlem ... Si parlem de pròstata en *progressió*???
 - Risc de RAO
 - Risc de IQ
 - Risc d'increment significatiu de la clínica (IPSS > 4 punts)

Pròstata en progressió :



EUROPEAN UROLOGY 57 (2010) 123–131

disponible en www.sciencedirect.com
página principal de la revista: www.europeanurology.com

eau
European Association of Urology



Hiperplasia benigna de próstata

Efectos del tratamiento combinado con dutasterida y tamsulosina sobre los resultados clínicos en varones con hiperplasia benigna de próstata sintomática: resultados a 4 años del estudio CombAT

Claus G. Roehrborn ^{a,*}, Paul Siami ^b, Jack Barkin ^c, Ronaldo Damião ^d, Kim Major-Walker ^e, Indrani Nandy ^e, Betsy B. Morrill ^e, R. Paul Gagnier ^e, Francesco Montorsi ^f
en nombre del Grupo de Estudio del CombAT

^a Department of Urology, UT Southwestern Medical Center, Dallas, Texas, EEUU

^b Deaconess Clinic, Evansville, Indiana, EEUU

^c Department of Urology, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada

^d Urology Department, State University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

^e Research and Development, GlaxoSmithKline, Research Triangle Park, North Carolina, EEUU

^f Department of Urology, Università Vita Salute San Raffaele, Milan, Italia

*Si hi ha criteris de progressió
Si tractem amb teràpia combinada ...*

- Reduïm progressió clínica
- Reduïm IQ
- Reduïm RAO

Efectos del tratamiento combinado con dutasterida y tamsulosina sobre los resultados clínicos en varones con hiperplasia benigna de próstata sintomática: resultados a 4 años del estudio CombAT
EUR UROL. 57(2010)123-131

Taula – Característiques demogràfiques i basals dels pacients

	Combinació, % (n = 1.610)	Dutasterida, % (n = 1.623)	Tamsulosina, % (n = 1.611)
Media d'edat ± DE, anys	66,0 ± 7,05	66,0 ± 6,99	66,2 ± 7,00
Media de puntuació IPSS total ± DE, punts	16,6 ± 6,35	16,4 ± 6,03	16,4 ± 6,10
Volum prostàtic, cm ³			
Media total ± DE	54,7 ± 23,51	54,6 ± 23,02	55,8 ± 24,18
Mediana total	48,9	48,4	49,6
Media de PSA sèric ± DE, ng/ml	4,0 ± 2,05	3,9 ± 2,06	4,0 ± 2,08
Media de Q màx ± DE, ml/s	10,9 ± 3,61	10,6 ± 3,57	10,7 ± 3,66





Teràpia combinada :

- En cas d'indicar teràpia combinada :
 - En tractaments separats
 - En un únic tractament
 - Possibilitat de 5-ARI + qualsevol alfa-blocant

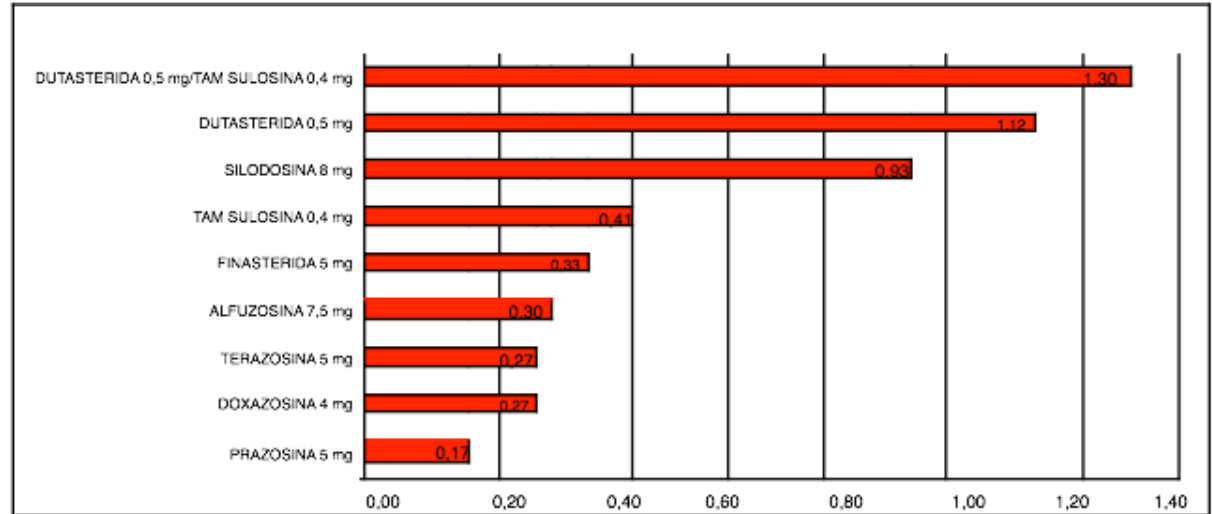
Posologia / comoditat / seguretat / eficàcia / cost ...

Adequació= benefici / riscos+ inconvenients + costs

Cost-efectivitat de la combinació

Segons CANM Navarra 2013

Cost tractament /día (€)



En la NHS UKS: La probabilitat de que la combinació sigui cost-efectiva està entre el 78% and 88% vs monoteràpia amb tamsulosina.

(la tamsulosina no disminueix RAO ni CIR...i vs 5-ARI?)

Cost-effectiveness of single-dose tamsulosin and dutasteride combination therapy compared with tamsulosin monotherapy in patients with benign prostatic hyperplasia in the UK. BJU Int. 2013 Sep;112(5):638-46

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 risc
d'obstrucció

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

Maneig terapèutic

- **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...
 - Pròstates petites
 - Baix risc d'obstrucció
- Es poden associar a :
 - Antimuscarínics :
 - No existeix millora clínica en pacients amb :
 - component associat de bufeta hiperactiva
 - sense risc d'obstrucció (control del RPM)
 - Inhibidors de la 5 fosfodiesterasa :
 - Disfunció erèctil concomitant.

Maneig terapèutic

Tractament modificador de la historia natural :

- Inhibidors de la 5 alfa reductasa (5ARI) :
 - D'elecció en pacients amb risc d'obstrucció (RPM > 150)
 - Pròstates grans (>40 ml)
- D'elecció l'associació amb alfa blocant quan :
 - Clínica és moderada o greu.
 - Depenent del pacient
 - Polimedicació, Pluripatologia ...
 - Aquets últims podrien retirar-se als 6-9 mesos.
 - Mantenint els 5ARI.
 - Recordar que l'associació :
 - Millora resultats en quan disminució RAO y IQ
 - Incrementa efectes secundaris

I després de tractar ... SEGUIMENT



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. Ja prenia alfa-bloq?
 - Suspenem el alfa-bloq?
 - La suspensió implica la fi del seu efecte
 - Temps de duració ? No hi ha dades ...



Seguiment :

- Proves complementàries
 - Ecografia amb RPM :
 - Si risc d'obstrucció ANUAL
 - Canvis clínics
 - Aparició de nova simptomatologia
 - Fluxometria no sol estar a l'abast.
 - Analítica
 - Nova simptomatologia
 - Increment sever de obstrucció. Sospita de IR 2º
 - PSA
 - No indicat a l'estudi HBP de forma sistemàtica
 - Si ja el tens : Anual / en funció del previ / en funció del tractament
 - PSA previ entre 2,1 i 4 ng/ml: control anual
 - PSA previ entre 1 i 2 ng/ml: control cada dos anys
 - PSA amb valors inferiors a 1ng/ml cada 3 a 5 anys *
- * Ito K et al. Prostate.2003;57:8–13



PSA



PSA ...

- Els valors normals canvien amb l'edat.
- Els homes d'edat avançada presenten xifres de PSA mes altes que homes mes joves.

TABLA 3. VALOR MEDIO DE PSA Y RANGO DE EDAD¹⁵

Referencia	Edad (Años)			
	40-49	50-59	60-69	70-79
Oesterling (1)	2,0	3,0	4,0	5,5
De Antoni (2)	2,3	3,8	5,6	6,9
Morgan (3)	2,2	3,6	4,3	5,8
Lein (4)	1,75	2,27	3,48	4,26



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



PSA ...

- No realitzar en cas de :
 - < 10 anys de expectativa de vida.
 - > 75 anys
 - Pacient no vol estudis si PSA alterat
 - Pacient no vol tractaments si PSA alterat
 - Com screening poblacional en pacients :
 - Asimptomàtics Sense AF de risc



PAPPS 2014

- **Recomendaciones del PAPPS para el cáncer de próstata :**
- La determinación del PSA no debe recomendarse como prueba de cribado del cáncer de próstata en población asintomática de riesgo medio.
- Los pacientes que soliciten ser cribados deben ser informados correctamente acerca de los beneficios y los riesgos del cribado y el tratamiento.



PSA

- **PACIENT ASSIMPTOMÀTIC : SCREENING**
 - Screening no indicat : Com concepte general
 - **Sobrediagnostic / No modificació en termes de supervivència**
 - Consentiment informat : Entre 55-69 anys
 - **Sobrediagnostic / No modifica la supervivència**
 - Estudi Göteborg
 - **Atenció : Última evidència**
 - AF de risc : PSA a partir 40 anys
 - 9% dels CP són hereditaris.
 - 1 AF de 1r grau : Multiplica x 2 el risc
 - 2 o més AF de 1r grau : Multiplica x 5-11 el risc
- **PACIENT SIMPTOMÀTIC**
 - Primer de tot : TR
 - TR patològic : PSA
 - TR dubtós : PSA
 - TR normal : No precisa PSA però ...
 - Síntomes de sospita de Neo : PSA
 - Hematúria / Hematospermia ... (?)
 - Consensuar amb el pacient risc / benefici



Influence of blood prostate specific antigen levels at age 60 on benefits and harms of prostate cancer screening: population based cohort study. BMJ 2014;348:g2296

Screening amb PSA als 60a

Grup intervenció 1756 pacients 57 a 62a del Goteborg Prostate Cancer Screening Trial vs 1162 pacients participants al Malmoe Preventive Project (cardiovascular), nascuts al 1921, amb revisió dels valors de PSA 1981 retrospectivament.

Valoren incidència CP, M1, i mortalitat per CP

Nivells de PSA semblants als dos grups

71% del homes tenien com PSA basal < 2 als 60 anys :

- Amb increment de casos de CP de 767/10000.
- Però sense canvis en mortalitat.

Si PSA \geq 2, reducció mortalitat. NNT 23 i 6 CP per evitar una mort per CP en 15a.

PSA

- Estudi Göteborg : 2014 (ideat a partir dels resultats del **Malmö Preventive Project**)
 - Seguiment pacients homes durant 25 anys
 - 90% de morts per Neoplàsia foren en pacients amb PSA inicial >2 als 60 anys
 - 0.1% de les morts x Neoplàsia foren en pacients amb PSA inicial < 1
 - A partir d'aquets resultats es varen comparar els 2 grups i les conclusions :
 - PSA a homes de 60 anys i ...
 - < 1 : No precisa screening ni seguiment.
 - > 2 : Screening Anual? En funció de xifres ?
 - 1-2 : No se sap ...
 - <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g2296>
 - <http://borinot-mseguid.blogspot.com.es/2014/04/el-cribado-mediante-psa-es-coste.html>



SEGUIMENT

En funció del nivell de PSA es recomanava ...

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**



Increment del PSA

- Es considera “ patològic “ / a tenir en consideració :
 - Increments $> 0.75\text{ng/ml}$ / anual
- Es valora en aquells que ja tenim el PSA
- Tenir en consideració estudio Göteborg
 - Si PSA de sortida < 1 no procedeix
- En pacients amb 5 ARI ...
 - PSA nadir
 - Qualsevol elevació implica ... Estudi



CANSATS ?



Casos Clínic



Cas clínic (1)

- Pacient de 57 anys
- Ex-fumador
- DLP (Simvastatina 20mg/24h)
- HTA (Atenolol 50mg / 24h)
- Motiu de consulta :
- Acudeix per un quadre de 9 mesos de :
 - Pèrdua en la força del raig d'orina.
 - A vegades precisa **“apretar” per començar a orinar.**
 - No té pol.laquiuria ni disúria.
 - Fa temps que s'aixeca 2 cops per la nit a orinar.



Cas clínic (1)

Orientació diagnòstica ?
Diagnòstic diferencial ?
Grau de l'HBP?
Exploració física ?
Exploracions complementàries ?
Tractament ?

Anamnesi, exploració ...



Recordem ...

Síntomes del Tracte Urinari Inferior

Diagnòstic diferencial

- Hiperplàsia prostàtica (principal causa de STUI, motiu consulta més freqüent en >40a)
- Infecció urinària
- Hipertrofia coll bufeta
- Estenosi uretral
- Litiasis bufeta
- Càncer bufeta
- Càncer pròstata
- Malalties neurològiques (neuropatia diabètica, parkinson, esclerosi múltiple, accident vascular cerebral)
- Cirurgia o trauma pelvià
- Fàrmacs (diürètics, anticol·linèrgics, antidepressius...)

TR : Característiques

Troballes	Tacto rectal : N	Patològic
Solc mig	Conservat	No
Tamany	< 30 cc	> 30cc
Consistència	Tou	Augmentada Pètre
Mobilitat	Conservada	disminuida
Límits	Llisos	Irregulars
Nóduls	NO	SI
Sensibilitat	Sense dolor	Dolor.

IPSS: International Prostate Symptom Score



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

ÍNDICE INTERNACIONAL DE SÍNTOMAS PROSTÁTICOS[®] 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	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces

<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

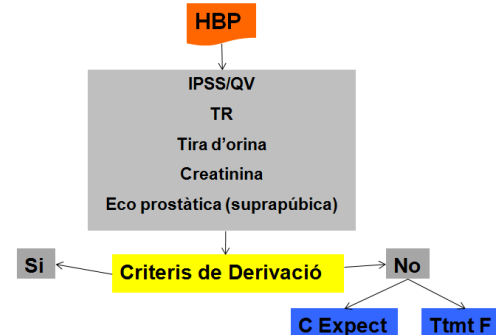
Puntuación ≥4 = Afectación significativa de la calidad de vida del paciente.

La pràctica clínica diària i l'ús racional dels medicaments

8a edició



MANEIG DIAGNÒSTIC



Resultats ...

1. IPSS : 14/35 i QV 2/6
2. TR : Realitzem un tacte rectal que demostra una pròstata indolora, homogènia, de consistència elàstica i discretament augmentada de mida.
3. Analítica :
 1. Hemograma normal
 2. Funció renal normal
 3. Glicèmia normal
 4. Sediment normal
 5. PSA ?
4. Proves Complementàries :
 1. Ecografia vesico-prostàtica: Pròstata de 40 gr amb calcificacions, RPM de 160 cc. Sense cap altre alteració.

Cas clínic (1)

Com podem interpretar les dades obtingudes en el IPSS?
(simptomatologia 14/35 i afectació de la qualitat de vida 2/6).

1. Simptomatologia important que no afecta a la qualitat de vida
2. Simptomatologia lleugera i qualitat de vida bastant afectada
3. Simptomatologia moderada i molt poca afectació de qualitat de vida
4. Simptomatologia severa i important afectació de la qualitat de vida
5. Simptomatologia molt lleugera que no afecta a la qualitat de vida

Cas clínic (1)

En aquest cas no hem optat per sol·licitar el PSA; Què et sembla aquesta decisió?

1. Atès que és una decisió discutible s'hauria de consensuar amb el pacient
2. És imprescindible al ser el tacte rectal negatiu
3. No s'ha de realitzar donada la poca simptomatologia del pacient
4. El PSA sempre s'ha de demanar per què la simptomatologia és suggestiva de CP
5. No cal. Disposem d'eco i tacte rectal que són normals

Cas clínic (1)

Com valorem el fet que la pròstata sigui homogènia i sense nòduls a l'ecografia?

1. Descarta l'existència de neoplàsia de pròstata
2. L'ecografia reno-vesico-prostática no és una bona prova per a valorar les característiques estructurals de la pròstata o la presència de nòduls
3. Al ser homogènia necessitarem un PSA de comprovació
4. Ens serveix per a descartar la presència de prostatitis
5. Obliga a practicar una ecografia transrectal

Cas clínic (1)

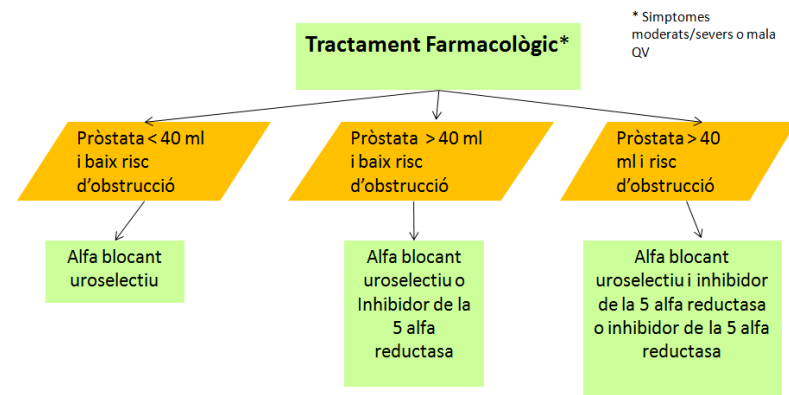
Com valores el RPM?

1. Pot ser un indicador indirecte d'obstrucció
2. És menys fiable que la fluxometria per a valorar la obstrucció
3. Pot ser degut a una bufeta premiccional molt distesa per contenir un volum important
4. Quan és insignificant és bastant indicatiu que no hi ha obstrucció
5. Totes les anteriors són correctes

A on estem ... ?

- Pròstata gran ?
- Risc d'obstrucció
- Pacient molt simptomàtic ?

Algoritme Tractament Farmacològic



Estem a ...

Síntomes moderats amb poca afectació de la seva qualitat de vida.

TR: Pròstata gran

Eco: Pròstata de 40gr i RPM 160 cc. Sense complicacions.

Cas clínic (1)

1. Tractament farmacològic ... :

1. No està indicat iniciar tractament farmacològic donat que la simptomatologia del pacient afecta poc a la seva qualitat de vida
2. Amb un alfa blocant és suficient donada la clínica lleu
3. Hi ha risc d'obstrucció. Derivarem a Urologia
4. Només té indicació per 5 ARI
5. Es tracta d'un pacient amb pròstata gran i risc d'obstrucció. En funció de la clínica, la comorbiditat i els secundarismes podem optar entre un 5 ARI o una associació 5-ARI+alfa bloq.
6. Per evitar interaccions amb el seu tractament de base indicarem Fitoteràpia

Cas clínic (1)

1. Tractament farmacològic ... l'alfa blocant :

1. Doxazosina per no tenir interacció amb l'atenolol
2. Doxazosina separada 2h del tractament HTA del pacient
3. Tamsulosina es l'únic alfa-bloquejant que es pot utilitzar
4. Alfa-blocant uroselectiu doncs no te cap efecte sobre la HTA
5. Alfa-blocant uroselectiu vigilat la interacció amb el tractament HTA de base del pacient.

Moltes gràcies !!!



Grup Urologia Camfic.

Cas clínic (2)

Es tracta d' un pacient de 74 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. Referia que la nictúria estava present des de feia anys, pel que considerava que era quelcom normal, relacionat amb l' edat. Els altres símptomes havien aparegut feia pocs mesos.

Cas clínic (2)

Com antecedents patològics presentava: tremolor essencial, espondiloartrosi predominantment cervical i lumbar, hèrnia d'hiatus amb esofagitis grau II per refluxe. Estava en tractament amb diazepam 5 mg/día, omeprazol 20 mg/día i antiàcids a demanda.

Cas clínic (2)

També referia haver tingut al menys en dues ocasions una infecció d'orina en els darrers 3 anys, i ens explicava un episodi de retenció aguda d'orina 3 ó 4 anys abans que va ser atribuïda a un tractament farmacològic que no recorda. El pacient complimentà el IPSS amb resultats de 22/35 (simptomatologia) i 5/6 (qualitat de vida).

Cas clínic (2)

Comenta el pacient un episodi de retenció aguda d' orina relacionat amb fàrmacs. ¿Quins fàrmacs podrien estar implicats?

1. Tramadol
2. antidepressius tricíclics
3. coliri pel tractament del glaucoma
4. Espasmolítics
5. tots els anteriors

Cas clínic (2)

Quina importància té, en aquest cas, l' antecedent de RAO pel que fa a les indicacions terapèutiques?

1. L' antecedent d' una única RAO no implica cap indicació terapèutica.
2. Una RAO és sempre criteri absolut de cirurgia.
3. Davant una RAO secundària a fàrmacs (anestèsia, anticolinèrgics...) cal valorar la presència d' obstrucció.
4. No existeix cap relació entre la RAO secundària a fàrmacs i la presència d'obstrucció.
5. 2 i 3 són correctes.

Cas clínic (2)

Es va practicar un tacte rectal que va objectivar una pròstata augmentada de tamany, irregular, amb augment de consistència generalitzat, no dolorosa.

Sol·licitem analítica de sang, sediment urinari, ecografia reno-vesico-prostàtica i fluxometria. En la visita d'avui valorem els resultats que són els següents: creatinina de 1,2 mg/dl, PSA total de 2,8 ng/ml. Sediment normal. Ecografia reno-vesico-prostàtica: pròstata de 50 gr, amb calcificacions irregulars en el seu interior. Residu postmiccional de 150 ml
Fluxometria: fluxe urinari màxim de 8 ml/s.

Cas clínic (2)

Què et sembla la sol·licitud d' un PSA a aquest pacient tenint en compte la seva edat?

- 1.No s'ha de sol·licitar en pacients majors de 70 anys donat que no aporta cap benefici
- 2.És necessària la sol·licitud per ser el tacte rectal sospitós
- 3.Cal sol·licitar-lo en qualsevol pacient amb HBP independentment de la edat o de les característiques del tacte rectal
- 4.Tenint en compte l'edat del pacient sols es sol·licitarà quan l'ecografia mostri una pròstata d' aspecte sospitós
- 5.Al ser anormal el tacte rectal, ha de quedar a criteri de cada professional si sol·licitar-lo o no

Cas clínic (2)

En aquest cas el PSA és normal encara que el tacte resultava sospitós. Quina hauria de ser la conducta a seguir?

1. El PSA és molt més sensible i específic que el tacte pel que es descarta la neoplàsia
2. Quan el tacte rectal és sospitós està indicada la biòpsia prostàtica independentment del valor del PSA
3. La probabilitat de neoplàsia de pròstata és inferior al 1% quan el PSA és normal. Tant sols cal repetir el PSA als 6 mesos
4. Caldria sol·licitar el % de PSA lliure, i sols si aquest estigués augmentat s'hauria de realitzar una biòpsia
5. Tenint en compte que el PSA és normal, i el tacte, encara que anormal, no és dolorós, no calen més estudis

Cas clínic (2)

Quina utilitat té el residu postmiccional en aquest cas?

1. És una dada útil per al seguiment, no per orientar l'actitud terapèutica.
2. No ens aporta res.
3. Permet disposar d' una dada molt fiable d' obstrucció.
4. És sospitós d' obstrucció i caldria corroborar-ho mitjançant una fluxometria.
5. Un RPM alterat és suficient per a indicar tractament quirúrgic.

Cas clínic (2)

Estàs d' acord que aquest pacient és tributari de cirurgia?

- 1.No, ja que la pròstata és petita.
- 2.Sí, si no respon a la teràpia farmacològica en 6 mesos hauria de ser derivat a d'uròleg per a plantejar la cirurgia.
- 3.Sí, ja que el residu postmiccional és clarament obstructiu.
- 4.Sí, la simptomatologia és tant severa que justifica el tractament agressiu.
5. La fluxometría junt amb el residu post-miccional ens indiquen la presència d' obstrucció pel que la indicació quirúrgica és correcta.

Cas clínic (2)

Mentre esperem la cirurgia, quin és el tractament d'elecció?

1. Finasteride seria el fàrmac d'elecció atesa que la pròstata és de gran tamany
2. El tractament farmacològic no te cap sentit en aquest cas donat que ja s'ha fet la indicació quirúrgica
3. Qualsevol fàrmac que millori la simptomatologia a curt termini pot ser d'utilitat
4. Combinar finasteride amb alfa-blocant és una bona opció
5. Les respostes 3 i 4 són correctes

Cas clínic (3)

Joan acudeix a la nostra consulta per presentar dificultat per aguantar l'orina, polaquiúria i nictúria. Moltes vegades té a sensació de que no acaba mai d'orinar. Té 54 anys i fins a moment no ha tingut malalties importants.

El seu pare va patir un càncer de pròstata i encara que a la revisió laboral li han determinat en dos o tres ocasions el PSA, que sempre ha estat normal, està preocupat per la seva simptomatologia.

Cas clínic (3)

A l'aplicar el qüestionari IPSS s'obté una puntuació de 16/35 punts i una valoració de la qualitat de vida de 2/6, que correspon a una simptomatologia lleugera – moderada, i a una situació de bastant satisfacció, si hagués que viure la resta de la vida amb aquests símptomes. Exploració física : El tacte rectal posa de manifiest una pròstata augmentada de tamany, de consistència normal, **amb un nòdul a lòbul dret.**

Cas clínic (3)

Amb aquestes dades tenim prou per fer la derivació a Uro.
És imprescindible fer el PSA?

Cas clínic (3)

Exploracions complementàries

Tira reactiva d' orina sense troballes

Ecografia Reno-Vesico-Prostàtica: ronyons de morfologia i tamany normals, sense imatges suggestives de litiasi ni signes d' obstrucció de la via urinària; bufeta urinària sense defectes de repleció; pròstata gran, de 35 gr, homogènia i sense nòduls, i amb un RPM (residu post-miccional) de 100 ml.

Analítica de sang: hemograma i bioquímica amb funció renal normals i PSA de 4,5 ng/ml. **PSA lliure 0,76 ng/ml**

Cas clínic (3)

**La fracció de PSA lliure és 0,17.
Això ens obliga a eco transrectal i PAAF?**

Cas clínic (4)

Pere està en tractament amb tamsulosina per HBP des de fa dos anys. Es troba bé, encara que a temporades, té més urgència miccional i nictúria.

Té 62 anys, és diabètic, hipertens, té gota i és obès.

Que fem en quant al tractament de l'HBP?

Podem plantejar-nos aturar el tractament?

Cada quant li hem de repetir el PSA? I l'eco?