



# **La patologia prostatica nell'anziano**

**Dr. Tiziano Zanotelli**  
**UOC Urologia,**  
**Azienda Spedali Civili di Brescia**



# Di che cosa stiamo parlando

I problemi del basso apparato urinario nell'anziano sono frequenti con un impatto significativo sulla qualità di vita della persona e con ricaduta negativa anche sull'entourage familiare ed in termini di costi sociali.

L'impatto maggiore riguarda l'anziano di sesso maschile in relazione ai problemi correlati alla prostata



# Tipo di problema prostatico

Ci si deve confrontare con i problemi correlati ad  
una

**patologia benigna**

oppure ad una

**patologia maligna**

possibilità anche di

**situazioni cliniche miste**



# Patologia benigna

Prevalentemente ma non esclusivamente correlata al naturale ingrossamento del tessuto prostatico età-dipendente, la cd "ipertrofia benigna", e quindi al conseguente effetto ostruttivo sul deflusso urinario.

Altre cause di ostruzione:  
stenosi uretrale, fimosi da lichen



**Dal punto di vista urologico il  
problema principale consiste nel  
corretto inquadramento del  
problema ostruttivo  
-> decision making**

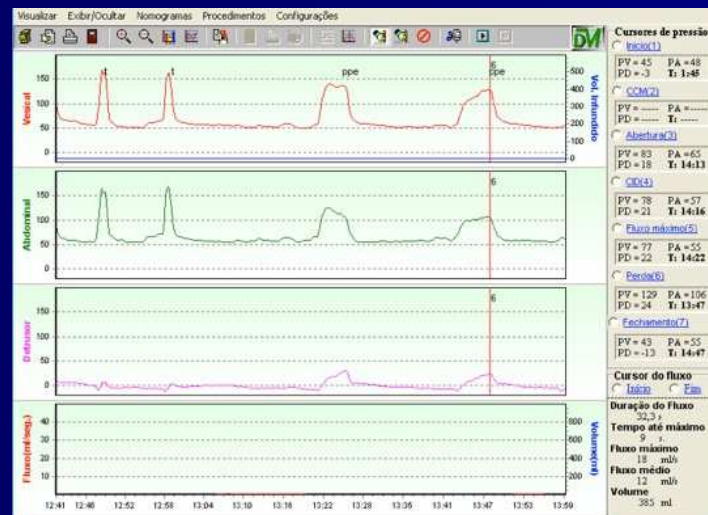
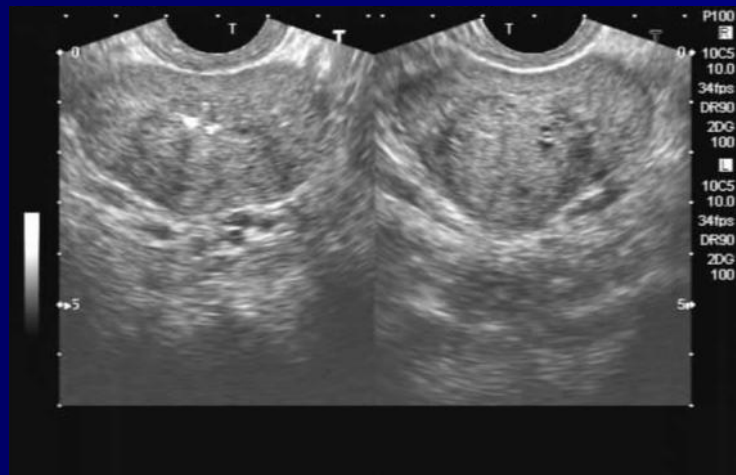


## Cosa serve fare?

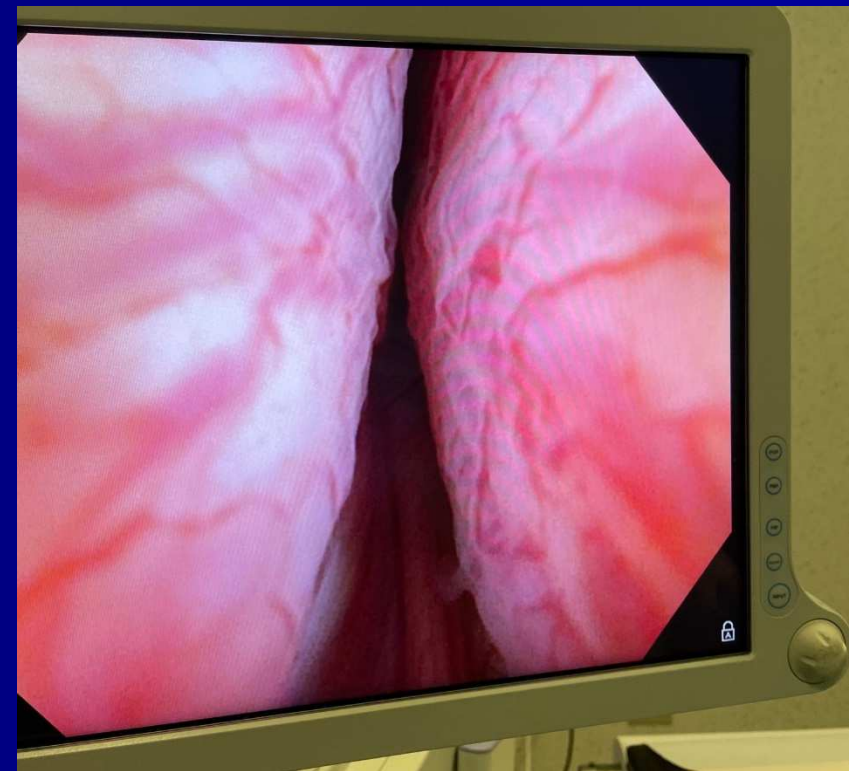
- esame obiettivo ed anamnesi accurati (patologie pregresse e/o attive non urologiche, terapie in corso);
- inquadramento strumentale del basso apparato urinario (eco, uretrocistografia, cistoscopia);



# Inquadramento strumentale



## URETROCISTOSCOPIA





# Terapia farmacologica

- **in caso di ostruzione**, terapia con alfa litico e/o inibitori delle 5 alfa reduttasi;
- possibilità di **quadro clinico misto per una concomitante iperattività detrusoriale o sensitiva vescicale**, (solifenacina + tamsulosina, solo anticolinergico, mirabegrom)

***Porre particolare attenzione alle potenziali interazioni con le terapie farmacologiche in corso che il pz assume per motivi non urologici.***



# Terapia farmacologica





# Globo vescicale

IMPORTANTE GLOBO VESCICALE  
> 2 LT



Globo vesical posoperatorio con 2200 mL de orina

- su base ostruttiva (IPB come causa prevalente);
- su base non ostruttiva (deficit di attività detrusoriale);
- su base mista



# Globo vescicale su base ostruttiva

Nel paziente non  
trattato:

promuovere tentativi di  
svezzamento dal CV  
introducendo la  
farmacoterapia  
(sempre l'alfa litico  
come scelta iniziale)

Nel paziente già in  
terapia:

rimodulare la terapia  
valutando la  
possibilità di  
integrazione e/o  
sostituzione



## **Pz “no responder” alla terapia farmacologica**

Nei pz ostruiti e con contrattilità detrusoriale conservata, possiamo valutare la fattibilità di un intervento disostruttivo che deve tuttavia conciliare la opportunità di sottoporre il paziente anziano ad una procedura possibilmente a rischio contenuto con una realistica possibilità di successo.

Da qui l'importanza di un corretto inquadramento del problema e del paziente



# La teoria si scontra con la realtà?

Da un lato l'età media e l'aspettativa di vita maggiori hanno elevato in generale la complessità del paziente che necessita di procedure chirurgiche; lo scoglio principale è il rischio operatorio soprattutto per le procedure standard (TURP, HOLEP, GREENLASER)!

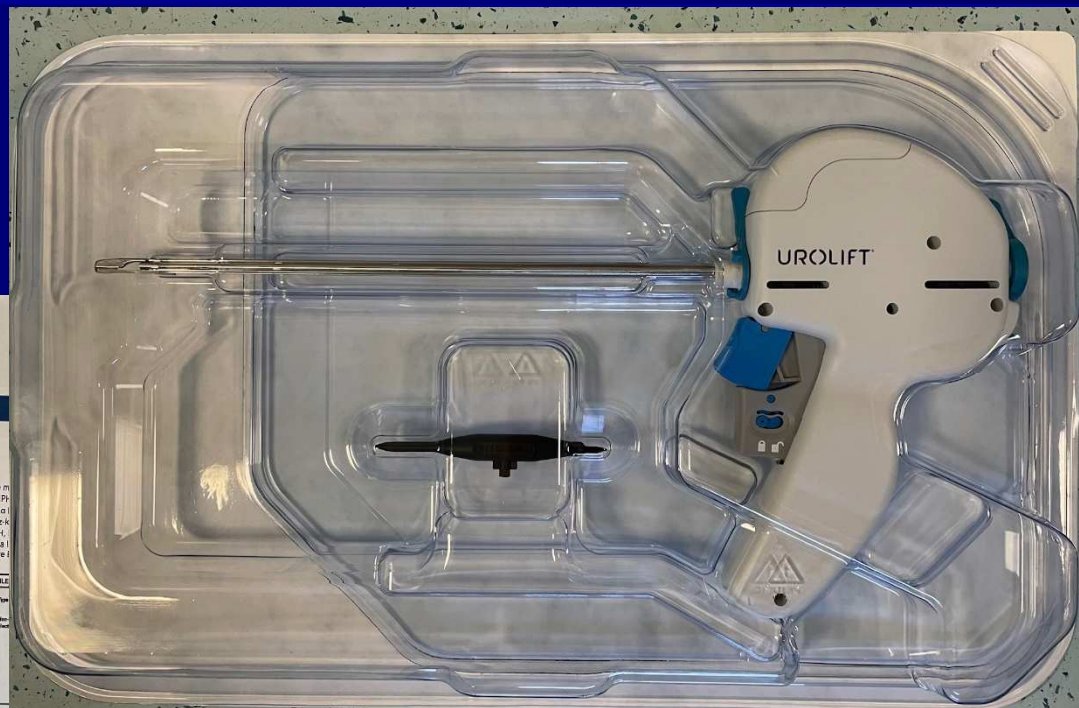
Non esiste il paziente anziano a basso rischio operatorio



# Tecniche mini-invasive

REZUM

rezūm™



UROLIFT



# Tecniche mini-invasive: quando?

**solo in casi selezionati**

(prostata non voluminosa)

Queste procedure, praticabili teoricamente in regime ambulatoriale, di fatto escludono il paziente anziano come possibile candidato



# Concetto di chirurgia mini-invasiva

La chirurgia mini-invasiva comprende tutto quell'insieme di tecniche che permettono di danneggiare i tessuti in maniera inferiore rispetto alle procedure tradizionali e con l'obiettivo di ottenere gli stessi risultati di queste ultime (applicabilità clinica)



# Concetto da rivedere?

Nell'anziano il concetto di mini-invasività a mio avviso va rivisto perché non basta considerare il minore trauma chirurgico "tissutale" (trauma fisico), ma anche il trauma chirurgico nel suo complesso (le potenziali conseguenze sull'insieme della persona compresi gli aspetti emotivo-psicologici e le modalità di reazione ed elaborazione individuale → concetto di fragilità)



# L'infezione urinaria

A causa della presenza di un catetere vescicale, oppure nell'ostruzione con residuo post-minzionale o anche solo per la precarietà dello stato di salute generale, l'infezione urinaria è un evento frequente nella popolazione anziana maschile.

E' fondamentale un trattamento corretto del problema



# "corretto" trattamento

La premessa fondamentale è  
distinguere tra

- INFEZIONE (sintomatica)
- BATTERIURIA (asintomatica)



# **L'infezione è sempre sintomatica**

**(febbre, urine maleodoranti e  
torbide, ematuria, stranguria, alta  
carica batterica all'urinocoltura)**



**Nella batteriuria non ci sono  
sintomi, urine apparentemente di  
aspetto normale, bassa carica  
batterica all'urinocoltura**

**(vale anche per E. coli ESBL+ o altri  
batteri multiresistenti)**



**Questa distinzione è  
fondamentale per evitare  
trattamenti antibiotici inutili  
oltre che potenzialmente  
dannosi per il paziente**



# Come gestiamo la batteriuria asintomatica?

Solo monitoraggio  
clinico-laboratoristico!



# Come gestiamo l'infezione urinaria sintomatica ?

- evitare se possibile trattamenti empirici soprattutto utilizzando fluorchinolonici (multiresistenza, possibile impatto negativo sul quadro cognitivo del paz);
- se clinica a basso impatto eseguire sempre una urinocoltura prima di iniziare un qualsiasi trattamento;
- definire la corretta posologia e durata del trattamento (nessun "sconto di pena");
- associare fermenti lattici e probiotici (anche come misura profilattica o preventiva della recidiva)



# Concetto di infezione urinaria "complicata"

Si definisce "complicata" una infezione urinaria che si manifesta:

- in un apparato urinario alterato nella morfologia e/o nella funzione;
- dopo procedure invasive a carico di quest'ultimo;
- in presenza di device (catetere, stent);
- in pazienti "fragili";
- elevata probabilità di una etiologia polimicrobica



# ABR

## antibiotico-resistenza

E. coli: in Italia nel 2023 la resistenza ai fluorochinoloni è del 34,1% mentre la resistenza per le cefalosporine di III generazione, è del 26,7%.

Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025

Documento approvato in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 26 settembre 2022 in via informale e, formalmente, il 30 novembre 2022. È stato pubblicato sul sito del Ministero della Salute il 2 febbraio. Il Piano nasce con l'obiettivo di fornire al Paese le linee strategiche e le indicazioni operative per affrontare l'emergenza dell'antibiotico-resistenza negli anni di riferimento.



# Dossier AIFA 11/2024

In Italia non frena il consumo di antibiotici che favoriscono il proliferare di batteri resistenti alle cure, tanto che, se non si farà qualcosa nel 2050 l'antibiotico-resistenza (ABR) diverrà da noi la prima causa di morte, superando nella triste classifica anche i tumori.

In base al rapporto dell'ECDC (european centre for disease prevention and control) i morti causati nel nostro Paese da infezioni ospedaliere resistenti agli antimicrobici sarebbero circa 12mila, un terzo di tutti i decessi che si verificano in ospedale.



# Infezione in presenza di catetere vescicale

In questo caso è SEMPRE MANDATORIO capire se la presenza del catetere vescicale è realmente necessaria oppure no.

Infatti il posizionamento di un catetere vescicale rischia di essere una procedura di comodo senza che sia stata opportunamente valutata la possibilità di non posizionarlo o di rimuoverlo.



# Come gestire un catetere vescicale a permanenza

- sostituzione periodica
- adeguata igiene della persona
- profilassi/prevenzione della contaminazione batterica e delle IVU



# Sostituzione periodica del CV

Non esiste un tempo medio ideale per la sostituzione del catetere vescicale.

La sostituzione ogni 30 giorni è puramente indicativa

La frequenza di sostituzione va decisa caso per caso in funzione di vari parametri



# Fattori che influenzano la frequenza della sostituzione del CV



- materiale del CV ("lattice", silicone, altro);
- velocità di degrado del CV
- frequenza delle IVU
- fenomeni di intolleranza
- capacità di gestione corretta del CV (fornire adeguata istruzione al paziente e all'entourage)
- sistemi di raccolta e drenaggio



# Perdita d'urina peri-catetere: cause

- intolleranza individuale al CV e/o al materiale di cui è fatto il CV;
- infezione urinaria;
- ostruzione/malfunzionamento/malposizionamento del CV
- patologie vescicali funzionali od organiche misconosciute (neurovescica, calcolosi, tumori uroteliali)



# Gestione delle perdite di urina peri-catetere

- sostituzione del CV con calibro maggiore?
- lavaggio vescicale periodico con SF per rimuovere il sedimento
- sospettare la possibile presenza di una infezione urinaria → urinocoltura;
- se iperattività detrusoriale → considerare terapia con anticolinergici;
- verificare SEMPRE che il CV sia correttamente posizionato e che sia pervio (ev. lavaggio con SF)
- in caso di patologie vescicali concomitanti (calcolosi, tumori uroteliali) valutare la possibilità di un trattamento

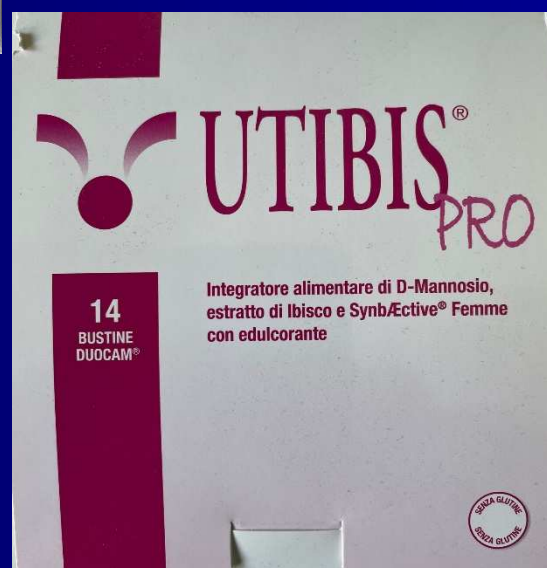
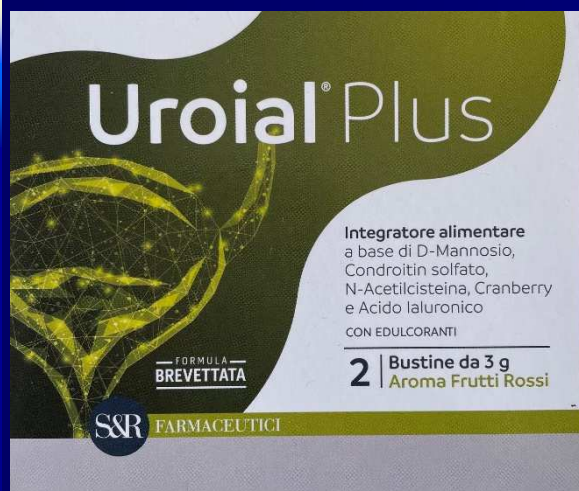


# Alternative al CV

- autocateterismo (se paziente autosufficiente);
- cistostomia sovrapubica (modalità di drenaggio urinario più sterile che richiede la sostituzione periodica in ospedale → gestione complessa nell'anziano);
- urocondom (solo nell'incontinenza urinaria da urgenza).



# I cd "integratori" hanno un ruolo ?





# SI

Devono POSSIBILMENTE essere:

- LATTOSIO-FREE
- GLUTEN-FREE



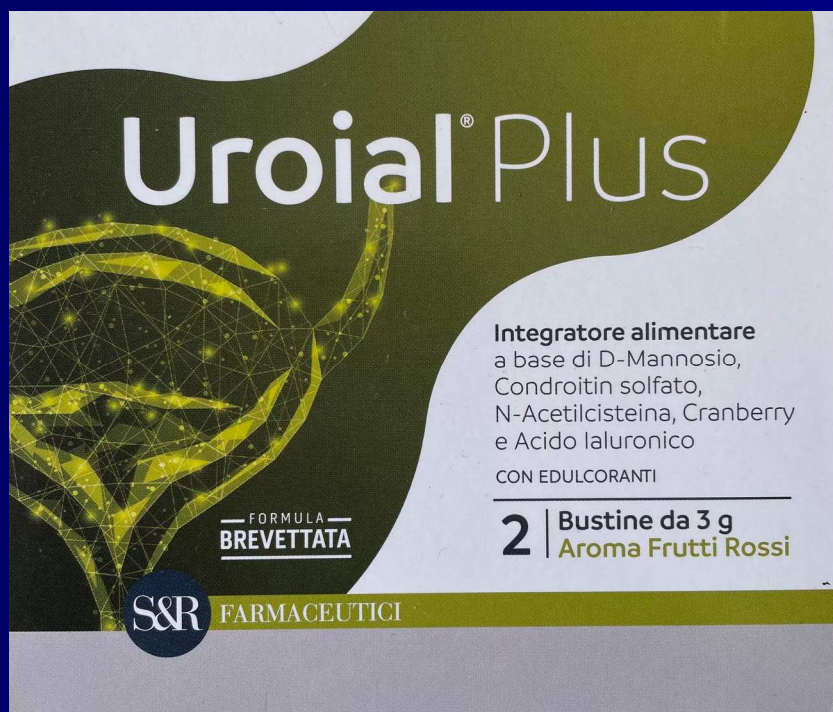
# integratori

Possono essere suddivisi in 2 categorie:

- quelli che aumentano la capacità di difesa della mucosa vescicale (acido ialuronico, estratti di mirtillo rosso, D-mannosio);
- quelli che ostacolano la diffusione batterica extra-lume intestinale (condroitin solfato, silicio organico)



# anti-diffusione batterica extralume intestinale





# immunomodulanti





# prospettive future?

## MICROBIOTA (ex flora batterica):

- Il microbiota intestinale è l'insieme di miliardi di microrganismi, tra cui batteri, virus, funghi e protozoi, che popolano il nostro intestino.
- Questa comunità microbica svolge un ruolo fondamentale nel mantenere l'equilibrio dell'organismo e nella digestione degli alimenti.
- Ogni individuo ha un microbiota unico, influenzato da fattori genetici, alimentazione e stile di vita.



## Il microbiota intestinale svolge molteplici funzioni essenziali per la salute:

- Digestione e assorbimento dei nutrienti: aiuta a scomporre fibre e altre sostanze che il nostro organismo non riesce a digerire autonomamente.
- Regolazione del sistema immunitario: modula la risposta immunitaria e aiuta a difendere l'organismo da agenti patogeni.
- Produzione di metaboliti benefici: sintetizza vitamine (come la vitamina K e alcune vitamine del gruppo B) e acidi grassi a catena corta, fondamentali per la salute intestinale.
- Protezione contro batteri dannosi: mantiene l'equilibrio tra microrganismi benefici e potenzialmente nocivi, prevenendo infezioni e infiammazioni.



## Perché il microbiota intestinale è importante per il benessere?

Un microbiota equilibrato (eubiosi) contribuisce a mantenere una buona salute generale, mentre un'alterazione della sua composizione (disbiosi) può essere associata a diverse problematiche, tra cui:

- Disturbi digestivi (gonfiore, stipsi, diarrea);
- Malattie metaboliche (diabete, obesità);
- Problemi immunitari e infiammazioni croniche;
- Disturbi dell'umore e del benessere mentale (ansia, depressione).



Negli anziani il numero e l'abbondanza dei microrganismi contenuti nell'intestino diminuisce, minacciando la preziosa condizione di "eubiosi".

Calo di appetito, difficoltà nella masticazione, l'assunzione di farmaci (come, ad esempio, i farmaci a base di cortisone, gli inibitori di pompa protonica, gli antibiotici) e la riduzione dell'attività fisica possono essere fattori associati a questi cambiamenti.



# Cosa bolle in pentola?

# Microbiota e risposta alle terapie oncologiche

Studi recenti nei modelli animali e nell'uomo hanno fatto emergere un potenziale ruolo del microbiota intestinale nel modulare la risposta dell'ospite ai farmaci chemioterapici, alla radioterapia e all'immunoterapia. Sembra, inoltre, che specifici profili di geni del microbiota intestinale siano associati allo sviluppo di specifici effetti collaterali causati dalle terapie oncologiche.

Questo vuol dire che il microbiota intestinale può diventare un importante alleato nel campo della prevenzione oncologica: manipolando la sua composizione si potrebbe migliorare il risultato di trattamenti oncologici, personalizzandoli per ogni paziente.

In caso di disbiosi la barriera intestinale diventa permeabile e non riesce più a bloccare i batteri nocivi e le sostanze tossiche e dannose, che, quindi, entrano nel torrente circolatorio, si diffondono nell'organismo e possono raggiungere il cervello, alterandone significativamente le sue funzioni.

Ciò può contribuire ad una vasta gamma di malattie neurologiche, tra cui l'epilessia, l'ictus, il morbo di Alzheimer, il morbo di Parkinson, e può peggiorare le disfunzioni neurologiche conseguenti al trauma cranico.

# Istituto Mario Negri

Il Dipartimento di Danno Cerebrale e Cardiovascolare Acuto è attivamente coinvolto in studi volti a determinare il ruolo dell'intestino e del suo microbiota nell'epilessia e nelle disfunzioni neurologiche conseguenti al trauma cranico.

Il laboratorio di Epilessia e Strategie Terapeutiche sta studiando in modelli animali di epilessia se un funzionamento scorretto della comunicazione tra l'intestino ed il cervello contribuisca alla generazione e alla progressione delle crisi epilettiche. Inoltre, si sta studiando se terapie mirate a correggere la disbiosi intestinale e le modificazioni della struttura dell'intestino, possano ridurre le crisi epilettiche e migliorare i deficit cognitivi, offrendo neuroprotezione.

# Patologia prostatica maligna

Fondamentale la distinzione fra malattia organo-confinata e malattia metastatica.

Nel primo caso anche nell'anziano si può ancora considerare una modalità non chirurgica di trattamento con intento radicale (radioterapia; crioterapia ecc).

Nel secondo caso il ruolo dell'urologo si limita alla prescrizione e al monitoraggio dell'efficacia di un trattamento a base di ormoni

# diagnosi

Esame obiettivo (esplorazione rettale)

PSA

ECO (se malattia palpabile)

RMN (se malattia non palpabile)

# stadiazione

PET PSMA

oppure

TAC torace-addome con mdc  
Scintigrafia ossea

# **valutazione dell'efficacia della terapia**

Trend del PSA inteso come variazione del valore rispetto a quello della diagnosi (PSAi).

Controllo del PSA e della testosteronemia in caso di BAT non prima di 3 mesi dall'inizio del trattamento, del solo PSA dopo 3 mesi dal termine di RT.

Dosaggio seriato (ogni 3-4 mesi almeno per il primo anno).

# Effetti collaterali a lungo termine del BAT

- cardiovascolari (vampate di calore)
- anemizzazione
- osteoporosi
- astenia
- fx renale ed epatica

# Somministrazione intermittente del BAT

Scarsa aderenza da parte degli stessi specialisti

Modalità che prolunga la sensibilità del tumore alla terapia (allungamento del tempo di comparsa della resistenza alla castrazione), e riduce gli effetti collaterali della terapia prolungata

Attuabile in casi selezionati (valore nadir del PSA molto basso e stabile)

# Take home messages

Possiamo sempre migliorare il nostro approccio al paziente ed in particolare a quello anziano;

Sempre più che mai necessario un confronto multidisciplinare e multispecialistico;

Aggiornamento continuo per l'integrazione

# Grazie per l'attenzione

