ΕΠΑΝΕΝΑΡΞΗ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΙΟΥΡΗΘΡΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗ ΓΙΑ ΚΑΛΟΗΘΗ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Σιδηροπουλος Δημήτριος[1], Παπικινός Παναγιώτης[2], Κατσαρός Κωνσταντίνος[3], Καπόγιανης Φίλιππος[4]

[1]Απολλώνιο-Θεοτόκος Γενική Κλινική Λάρισα, [2]East Surrey Hospital, Γ.Ν. Πρέβεζας, [4]Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ / ΣΚΟΠΟΣ

Η διουρηθρική προστατεκτομή (TURP) παραμένει στην Ελλάδα η κύρια χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη, παρά την πρόοδο νέων ελάχιστα επεμβατικών τεχνικών. Ένα από τα λίγα ερωτήματα που δεν έχουν αποσαφηνιστεί είναι η ανάγκη για διακοπή ή επανέναρξη της φαρμακολογικής θεραπείας, η διάρκεια ανακούφισης των συμπτωμάτων και η επίδρασή της στη φυσική πορεία των συμπτωμάτων από το κατώτερο ουροποιητικό (LUTS).

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Αναλύθηκαν αναδρομικά δεδομένα από ασθενείς που λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή για LUTS μετά από TURP, μεταξύ αυτών η ροή των ούρων, το IPSS σκορ και το υπόλειμμα ούρων (PVR).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σε σύνολο 61 ασθενών, η μέση ηλικία ήταν 62 [IQR: 56-67] και ο μέσος όγκος προστάτη 50 [IQR: 36-64] ml αντίστοιχα. Προ χειρουργείου οι ασθενείς λάμβαναν: 6% φυτοθεραπεία/εκχυλίσματα, 37% αγωγή με α-αναστολέα και αναστολέα της 5α-αναγωγάσης, 49% αγωγή με α-αναστολέα, ενώ 8% λάμβανε β3-αγωνιστή ή αντιμουσκαρινική αγωγή ως μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με τα ανωτέρω φάρμακα.

Ο μέσος χρόνος επανέναρξης της θεραπείας ήταν 5 μήνες [IQR: 2-9]. Σε όλες τις κατηγορίες φαρμακευτικής αγωγής παρατηρήθηκε μείωση μετά από TURP (6 vs 4% για φυτοθεραπεία, 37 vs 21% για διπλή αγωγή, 49 vs 25% για α-αναστολέα, 8 vs 4% για αγωγή με β3-αγωνιστή ή αντιμουσκαρινικό ή συνδυασμό).

Συνολική βελτίωση μετά από TURP και επανέναρξη της φαρμακευτικής αγωγής παρατηρήθηκε σε μέγιστη ροή ούρων (μέση 8.5 ml/s [IQR: 7-12] vs 15 ml/s [IQR: 13-17.5]; p<0.001), IPSS (22 [IQR: 18-23] vs 9 [IQR: 3-13]; p<0.001) και PVR (81 ml [IQR: 39.7-123.2] vs 44 ml [IQR: 15-74]; p<0.001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η επανέναρξη της φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να κριθεί απαραίτητη μετά από TURP σε ορισμένους ασθενείς για τη μέγιστη βελτίωση των λειτουργικών συμπτωμάτων και αποτελεσμάτων. Μια τέτοια πρακτική δε θα πρέπει να θεωρείται αποτυχία του χειρουργείου, αλλά επικουρική θεραπεία για την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των ασθενών.