

Παρουσίαση Κλινικού περιστατικού

♂ Ηλικίας 67 ετών

- Συχνουρία -- δυσκολία στην έναρξη – μειωμένη ακτίνα
- «Πάω και δεύτερη φορά συνήθως»
- Νυκτουρία (1-2 φορές)...
- Από 2ετίας αλλά τον τελευταίο χρόνο.....
- Sex; «Για την ηλικία μου καλά είμαι γιατρέ»



Ιστορικό:

- Αρτ. Υπέρταση υπό καπτοπρίλη (ΑΜΕ)
- Καπνιστής

IPSS Score

Symptoms / Score	Not at all	Less than 1 time in 5	Less than half the times	Around half the times	More than half the times	Almost always
Do you have a sensation of not emptying your bladder completely after you finish urinating?	0	1	2	3	4	5
Do you have to urinate again less than 2 hours after you finish urinating?	0	1	2	3	4	5
Do you stop and start several times when you urinate?	0	1	2	3	4	5
How often is it difficult to postpone urination?	0	1	2	3	4	5
Do you have a weak urinary stream?	0	1	2	3	4	5
Do you often have to push or strain to begin urination?	0	1	2	3	4	5
	Never	1 Time	2 Times	3 Times	4 Times	5 Times
How many times do you get up to urinate from the time you go to bed at night until you get up in the morning?	0	1	2	3	4	5

- Voiding **12**
- Storage **7**
- Overall: **19**
(Moderate LUTS)
- QoL: **4**

Quality of life due to urinary symptoms	Delighted	Pleased	Mostly satisfied	Mixed – about equally satisfied and dissatisfied	Mostly dissatisfied	Unhappy	Terrible
If you were to spend the rest of your life with your urinary condition the way it is now, how would you feel about that?	0	1	2	3	4	5	6

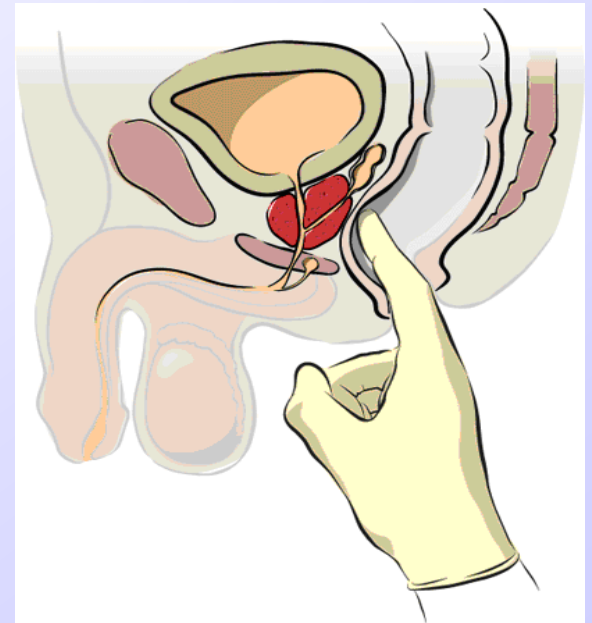
Κλινική εξέταση

ΔΕΠ: Μαλθακός, μέτριος προς
μεγάλος προστάτης

Γενική νευρολογική εξέταση ήταν
φυσιολογική

Τόνος του σφιγκτήρα του ορθού: κφ

Χωρίς άλλα ευρήματα



Εργαστηριακές εξετάσεις: Απαντήσεις

- Γενική ούρων

ΕΒ:1020

Πυοσφαίρια: 1-2

Ερυθρά: 0-1

Σάκχαρο: (-)

Λεύκωμα: (-)

Μικροοργανισμοί: (-)



- Καλλιέργεια ούρων

Στείρα



Εργαστηριακές εξετάσεις: Απαντήσεις

- Κυτταρολογικές ούρων

Χωρίς στοιχεία κακοήθειας



- PSA ορού

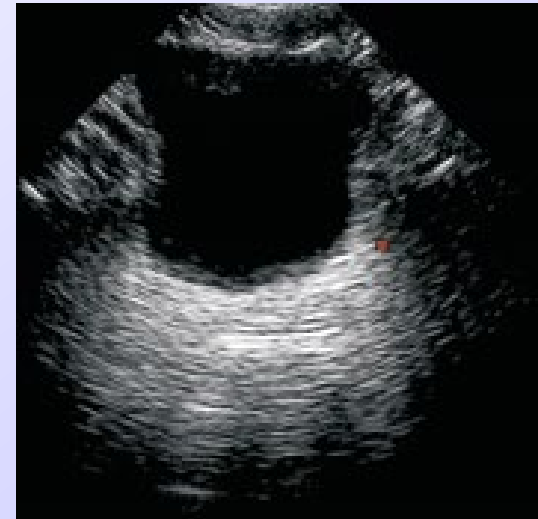
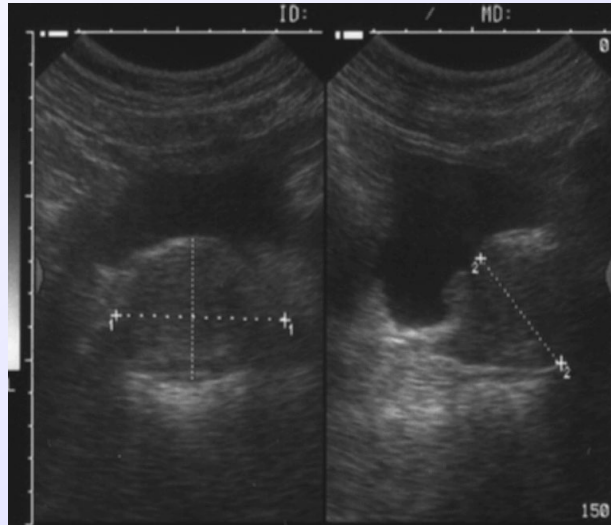
1.7 ng/ml



ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

- Υπερηχογράφημα νεφρών – κύστεως – προστάτη
- Υπόλειμμα ούρων

Νεφροί: Χωρίς διατάσεις –
λιθίαση ή άλλα ευρήματα
PVol: 55 cc
PVR: 50 ml
Κύστη: χωρίς ευρήματα



- TRUS προστάτη

PVol: 52 cc
Ομοιογενής
Αποπιτανώσεις

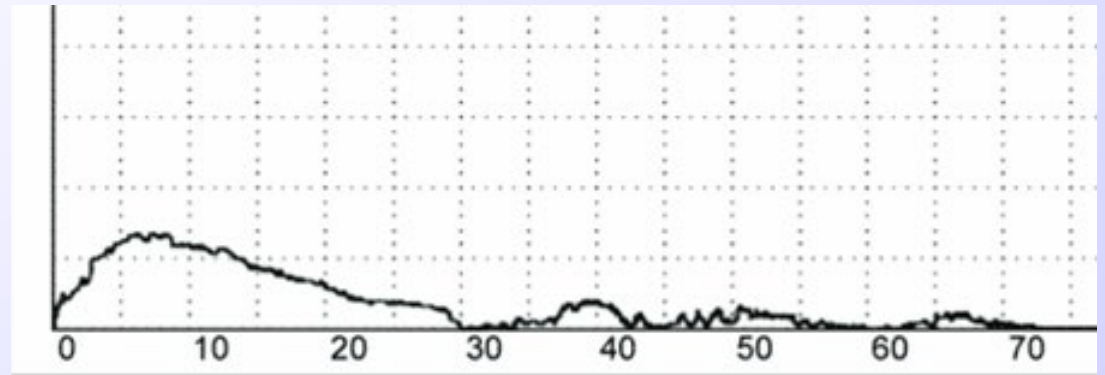


Ουροομετρία

Qmax: 8.9 ml/s

Voided Vol: 210 ml

PVR: 55 ml

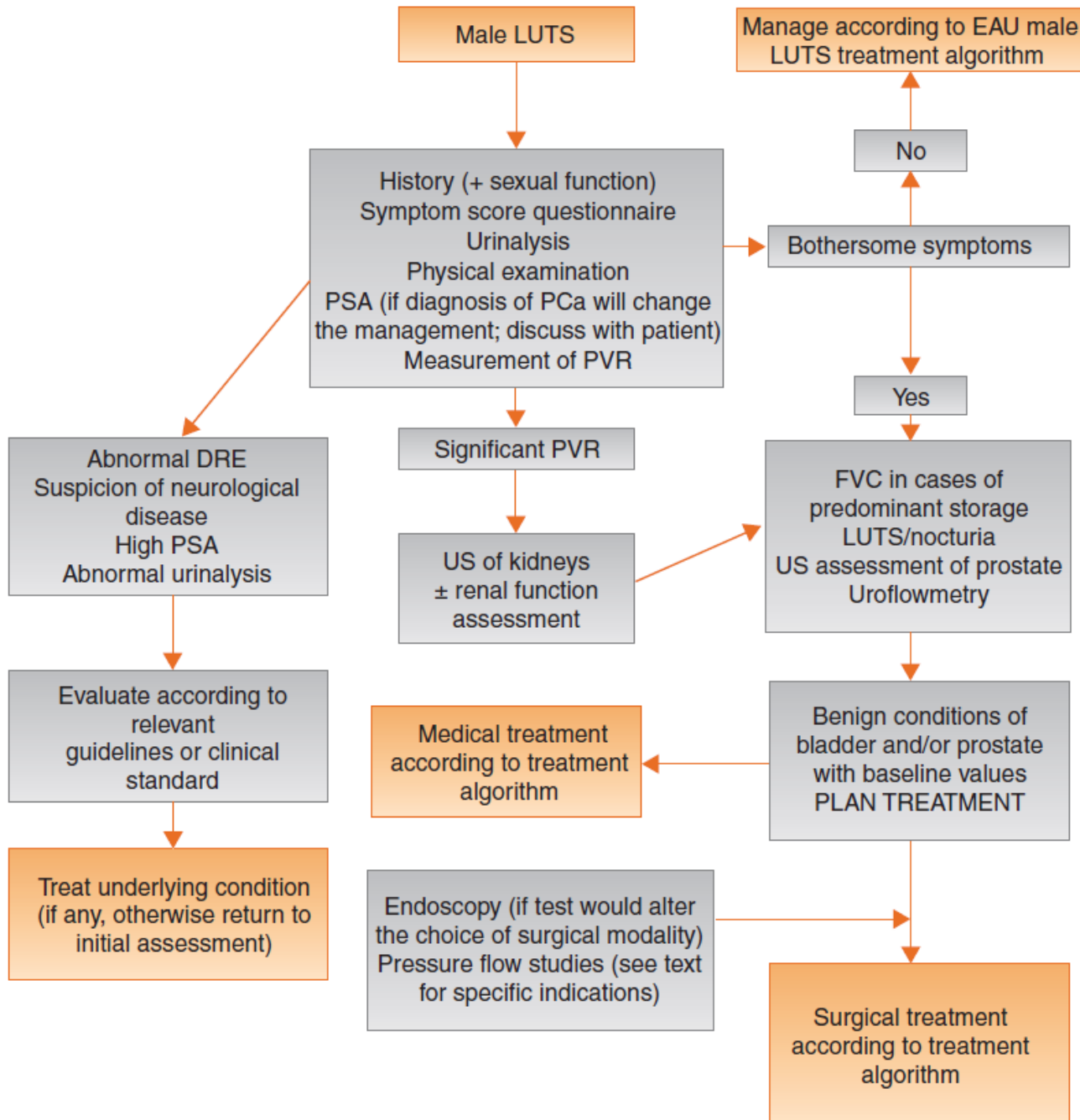


Ερώτηση: Ποιες άλλες εξετάσεις θα ζητήσετε;

- 1) Κυστεσκόπηση
- 2) Πλήρη ουροδυναμικό έλεγχο
- 3) Ημερολόγιο Ούρησης
- 4) Τίποτε άλλο, έχω τις πληροφορίες που χρειάζομαι



EAU Assessment Algorithm for Male LUTS



EAU = European Association of Urology
Gratzke C *et al.* *Eur Urol* .2015;
67:1099-1109.

Ερώτηση: Τι θα κάνετε;

- 1) Απλή παρακολούθηση
- 2) Ανταγωνιστή α_1 -αδρενεργικών υποδοχέων
- 3) Αναστολέα 5 α -αναγωγής
- 4) Αντιχολινεργικά
- 5) Β+Γ



IPSS: 19 (voiding 12+storage 7)

PVol: 55 cc, Qmax: 8.9 ml/s, PVR: 50 ml, PSA: 1.7 ng/ml

Τι θα επηρέαζε την απόφασή σας;

Ταχύτητα ύφεσης συμπτωμάτων;

Μέγιστη Αποτελεσματικότητα;

Διάρκεια

Υπέρταση;

Κυρίαρχη προσέγγιση: α- blockers

Drug class	All countries	Fr	Gm	It	Po	Sp	UK
Phytotherapy	237 (15,6%)	25,3%	36,8%	3,5%	15,9%	10,5%	0,0
α-blockers	1201 (79,2%)	71,8%	60,4%	91,0%	77,0%	85,9%	98,5%
5ARIs	78 (5,1%)	2,9%	2,8%	5,5%	7,2%	3,6%	1,5%
Total patients	1516	241	106	199	656	248	66

Hutchinson et al Eur Urol 2006

*Είμαι ικανοποιημένος από τη μονοθεραπεία με α-blockers
ως σήμερα*

Πρόοδος της νόσου

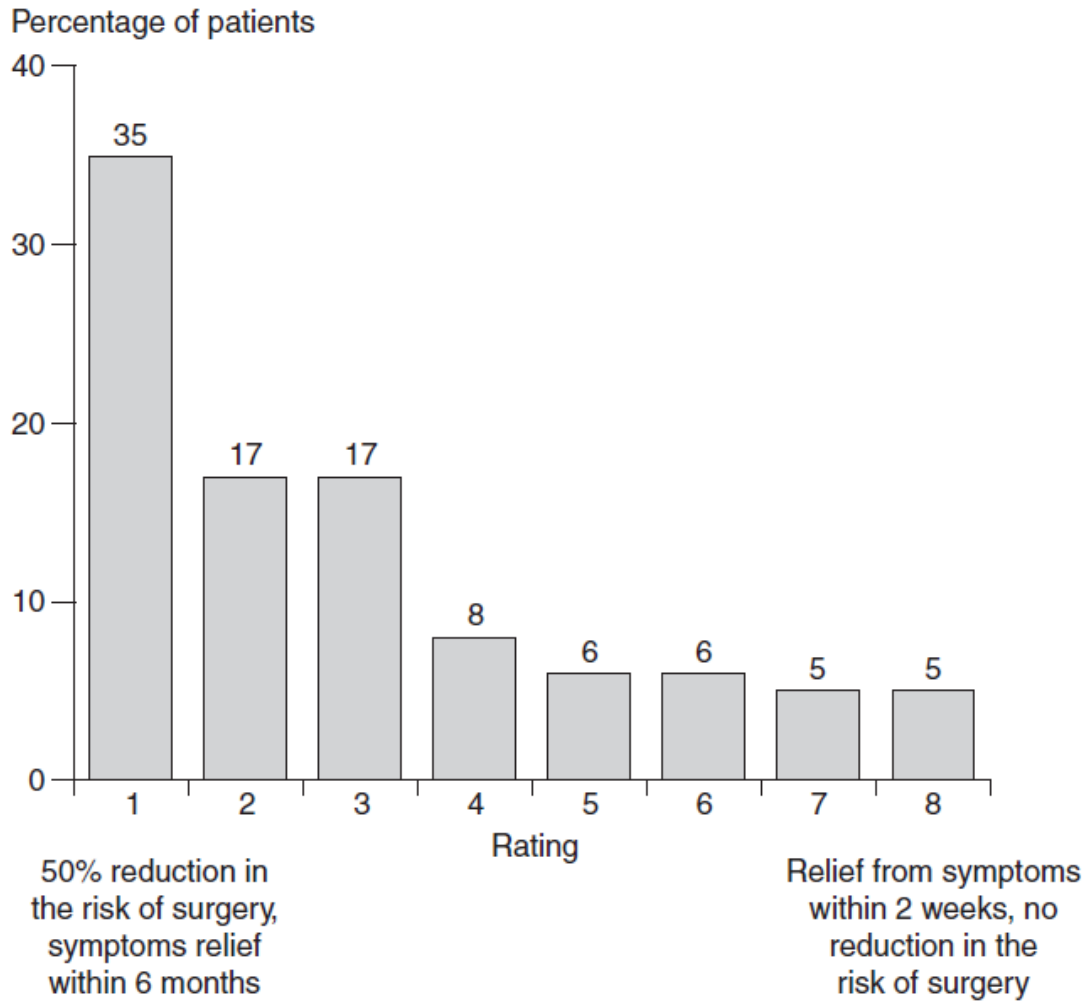
- Ηλικία: $\geq 62x$ (67 x)
- PV: $\geq 31cc$ (55 cc)
- PSA: $\geq 1,6ng/ml$ (1,7 ng/ml)
- Qmax: $<10,6ml/s$ (8.9 ml/s)
- PRV: $\geq 39ml$ (50 ml)

MTOPS progression criteria

Ερωτήσεις – προβληματισμοί

- Πόσο σας προβληματίζει η πρόοδος της ΚΥΠ;
- Ενημερώνετε τους ασθενείς για την πιθανότητα προόδου της ΚΥΠ;
- Πόσο προβληματίζει τους ασθενείς σας η πρόοδος της ΚΥΠ;

Πρόοδος νόσου: η άποψη των ασθενών

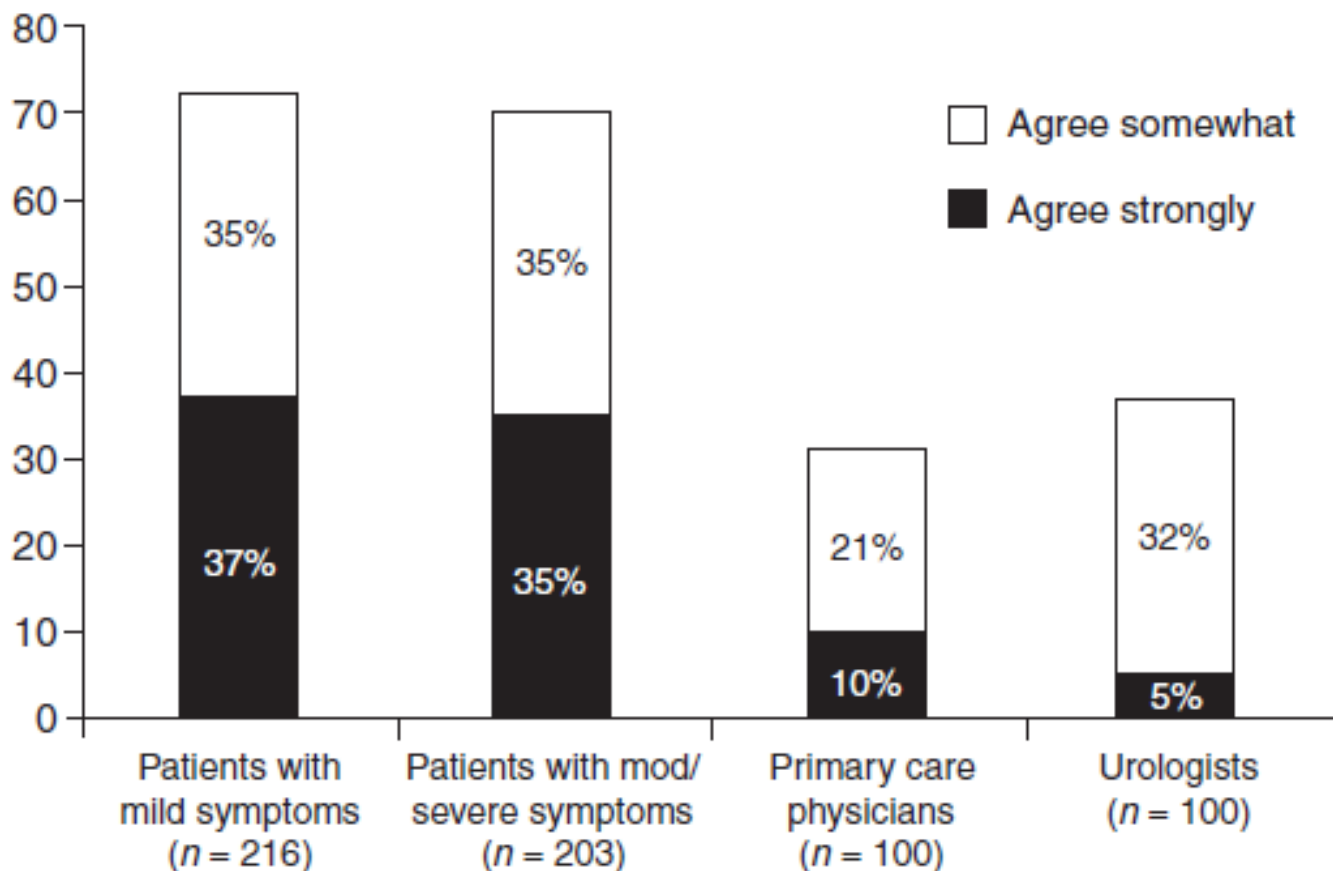


Αντιμετώπιση προόδου της νόσου

- *Επιδείνωση συμπτωμάτων (≥ 4)*
- \uparrow *PV*
- *BPH-surgery*
- *AUR*

Πρόοδος νόσου: η άποψη των ουρολόγων vs ασθενών

Proportion of patients and doctors agreeing that patients are more worried about long-term effects



Μην
υποτιμούμε
Συζήτηση
Κατανόηση
αναγκών

Ερώτηση: Πότε θα ξαναδείτε τον ασθενή;

- 1) Αν έχει πρόβλημα
- 2) Σε 15 ημέρες
- 3) Σε 4-6 εβδομάδες
- 4) Σε 6 μήνες



Πότε θα ξαναδείτε τον ασθενή σας;

Θεραπεία	1° FU	2° FU
Απλή παρακολούθηση	6m	12m
Τροποποίηση συνηθειών	6m	12m
A-blocker	4-6wks	6m
A-blocker + 5aRI	4-6wks	6m
5aRI	12wks	6m
Επεμβατική θεραπεία	4-6wks	--

Οι ασθενείς πρέπει να ελέγχονται προκειμένου να αξιολογηθεί η ανταπόκριση στη θεραπεία, η ύπαρξη ανεπιθύμητων ενεργειών. Το διάστημα καθορίζεται από το είδος της θεραπείας και η επανεκτίμηση γίνεται ανά 6 μήνες και κατόπιν ετησίως (περισσότερα αύριο)

Επανεξέταση

Επανεξέταση σε 3 μήνες υπό alfuzosin:

- Σχετική βελτίωση συμπτωμάτων ούρησης αλλά εξακολουθεί να παραπονιέται για συχνουρία με επιτακτικότητα και νυκτουρία

- IPSS: 19 → 12

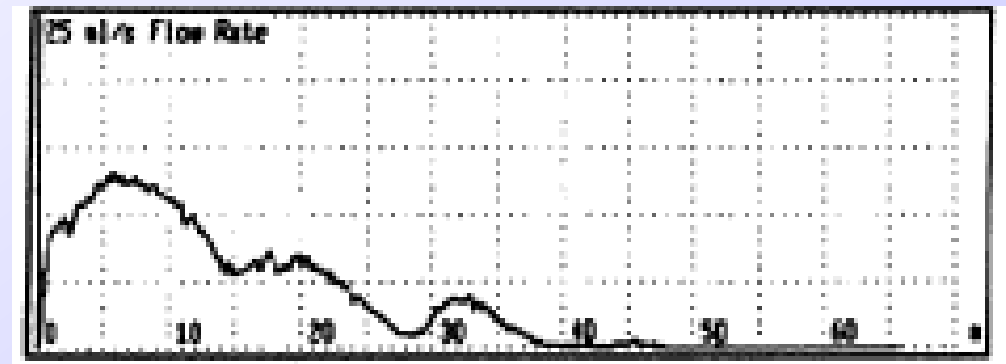
- **Voiding: 6**

- **Storage: 6**

- QoL: 2

- Ουροομετρία:

- Q_{max} : 8.9 mL/s → 12.1 mL/s
- Voided volume 280 mL
- PVR: 40 ml



3 χρόνια μετά ...

♂ Ηλικίας 71 ετών

- Υπό αγωγή με α-blocker (PV: 62cc)
- Προοδευτική επιδείνωση τους τελευταίους 18 μήνες
- Επίσχεση τοποθέτηση καθετήρα προ μηνός
- TWC «επιτυχές»
- Νέα επίσχεση μετά 20 ημέρες
- Α! Προστέθηκε και Salospir λόγω ΣΝ



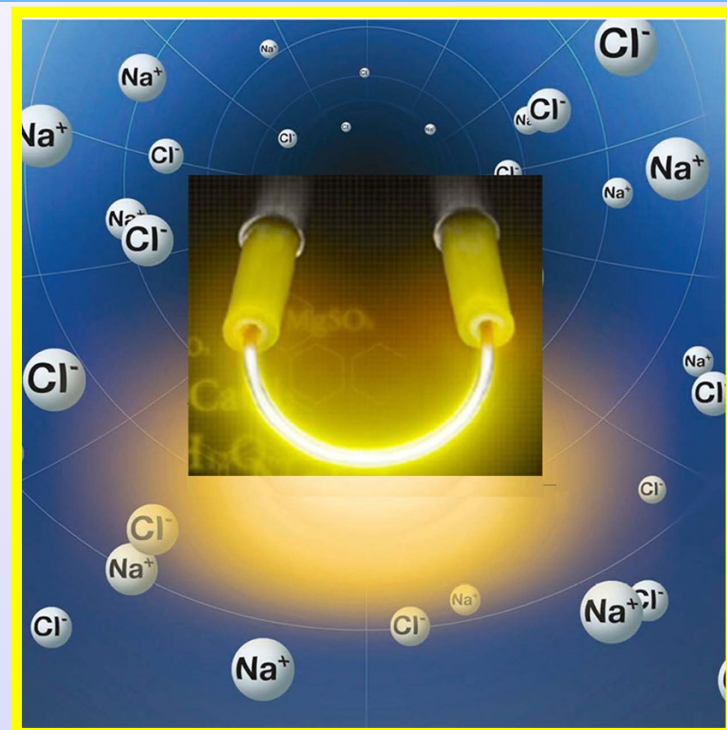
Ποια παρέμβαση;

1. M-TURP ή B-TURP
2. Laser προστατεκτομή (ποια)
3. PUL
4. Προσθέτω 5αRI
5. Άλλο

Τι χειρουργούμε σήμερα;

- Απόλυτες ενδείξεις
- Αποτυχίες φαρμάκων → Ασθενείς με διαφορετικό κλινικό profile:
Μεγαλύτεροι με συνυπάρχουσες παθήσεις, μεγαλύτερους προστάτες και συνήθως σε επίσχεση

Vela Navarette BJU Int 2005



Καθυστέρηση χειρουργείου κατά 1 έτος →

- ↑ IPSS
- ↑ ASA
- ↑ επίσχεση

Mitropoulos et al., J Men's Health and Gender, 2006

Προβληματισμοί

- Ασθενής με «μεγάλο» προστάτη
- Ασθενής υπό αντιπηκτική / αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία
- Διατήρηση εκσπέρματος

Ποιο μέγεθος προστάτη θέτετε ως όριο στην TURP στην κλινική σας πράξη;

A) Κάτω από 60cc

B) Κάτω από 80cc

Γ) Κάτω από 100cc

Δ) Δεν υπάρχει όριο με τη διπολική

Ε) Βγάζω το 30% του αδενώματος στους πολύ μεγάλους προστάτες

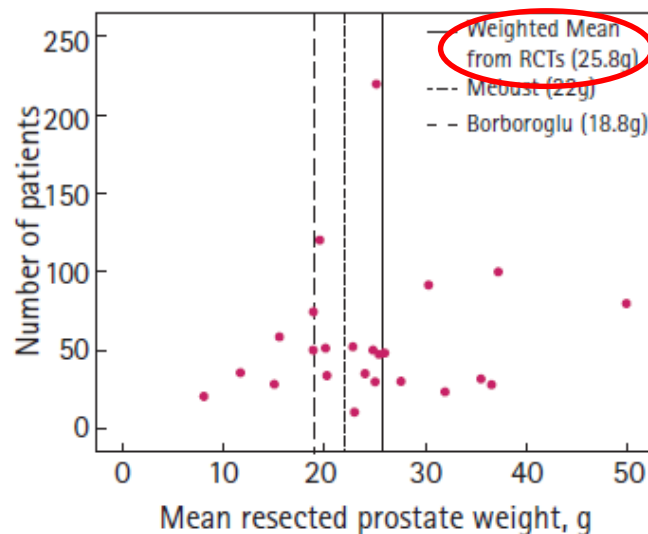
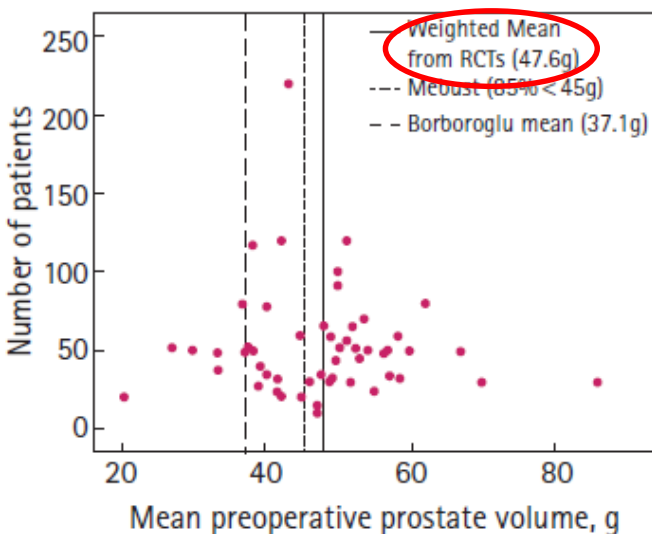
Morbidity, Mortality and Early Outcome of Transurethral Resection of the Prostate: A Prospective Multicenter Evaluation of 10,654 Patients

Oliver Reich,* Christian Gratzke, Alexander Bachmann, Michael Seitz, Boris Schlenker,
Peter Hermanek, Nicholas Lack and Christian G. Stief for the Urology Section of the Bavarian
Working Group for Quality Assurance†

Παράμετροι	<30gr (5506)	30-60gr (3160)	>60gr (561)
Μετάγγιση (%)	2.0	3.4	9.5
TUR-syndrome (%)	1.2	1.4	3.0
Αναθεώρηση (%)	5.2	6.2	9.8
Θνησιμότητα (%)	0.09	0.06	0.71

J Urol 2008

Είναι αρκετή η TURP; Προβληματισμοί



Prostate volume, g	Count of studies
Upper Limit	
200	2
120	1
100	10
85	1
80	3
75	1
70	4
65	1
60	2
50	1
25	1
Total	27

Mayer EK et al, BJU Int 2012

- Upper limit of TURP: 80-100cc
- Speed of resection: 0.6-0.7g/m (*Rassweiler Eur Urol 2006, Mayer BJU Int 2012*)
- Time: TUR-syndrome – bipolar TURP

Is There a Relationship between the Amount of Tissue Removed at Transurethral Resection of the Prostate and Clinical Improvement in Benign Prostatic Hyperplasia

Oliver W. Hakenberg, Christian Helke, Andreas Manseck, Manfred P. Wirth

BJU International (2000), 85, 79-82

The correlation between clinical outcome and residual prostatic weight ratio after transurethral resection of the prostate for benign prostatic hyperplasia

S.-S. CHEN, J.-G. HONG, Y.-J. HSIAO and L.S. CHANG

Clinical Urology

International Braz J Urol

Vol. 35 (6): 683-691, November - December, 2009

doi: 10.1590/S1677-55382009000600007

Transurethral Resection of the Prostate for the Treatment of Lower Urinary Tract Symptoms Related to Benign Prostatic Hyperplasia: How Much Should Be Resected?

Alberto A. Antunes, Miguel Srougi, Rafael F. Coelho, Katia R. Leite, Geraldo de C. Freire

TURP: Πόσο πρέπει να εκτέμνουμε

- Πλήρης εκτομή αδενώματος
- Minimal/channel TURP για λιγότερη νοσηρότητα
- Αντικρουόμενα βραχυπρόσθεσμα αποτελέσματα
- Διάρκεια: OP

Διαφορετικές ανάγκες

- Aging male

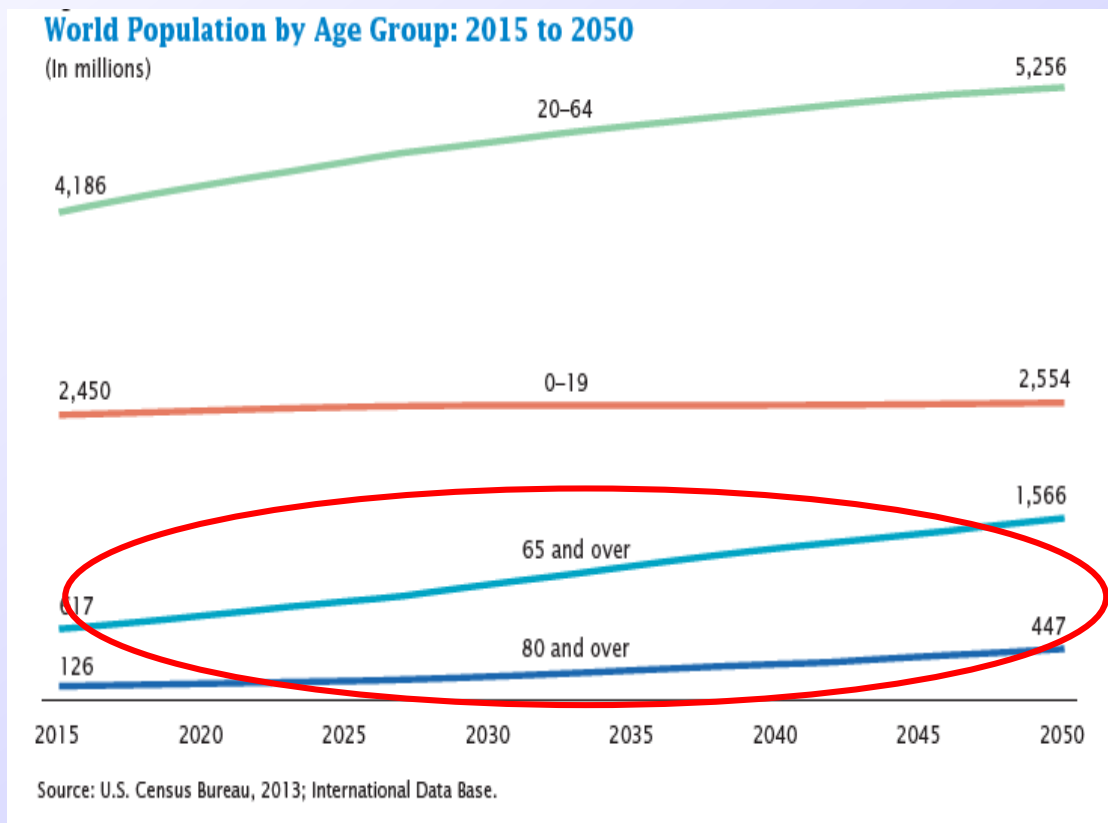
Co-morbidities

Anticoagulation

Waiting lists - hospitalization

- Ejaculation

preservation



Σε ασθενείς που λαμβάνουν αντιαιμοπεταλιακή αγωγή που δεν μπορούν να διακόψουν, και έχοντας στη διάθεση σας όλες τις δυνατές χειρουργικές επιλογές, ποια θα ήταν η πρότασή σας ;

A) Διπολική TUR-P

B) KTP-laser

Γ) Holmium laser (HoLEP)

Δ) Διπολική εξάχνωση

E) Άλλο

HoLEP

Ειδικές συνθήκες:

- ↑ προστάτες

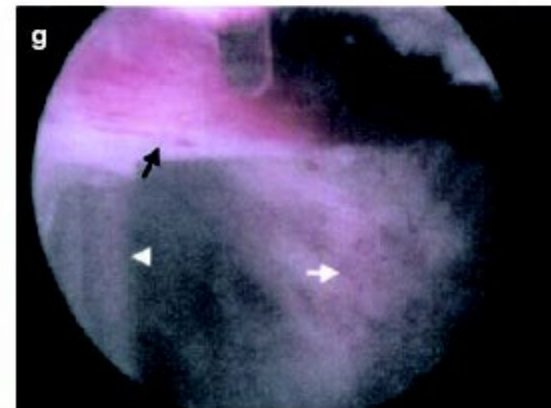
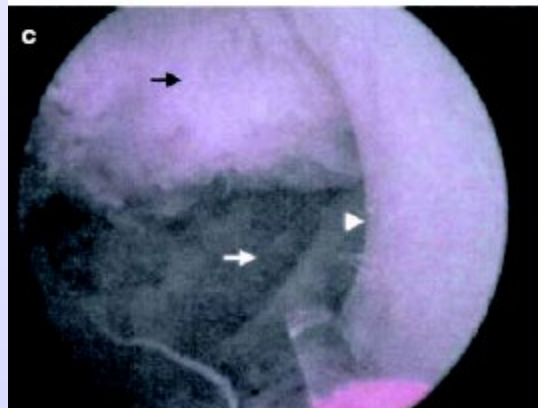
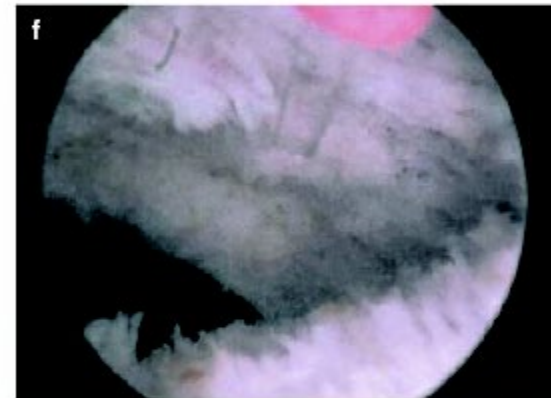
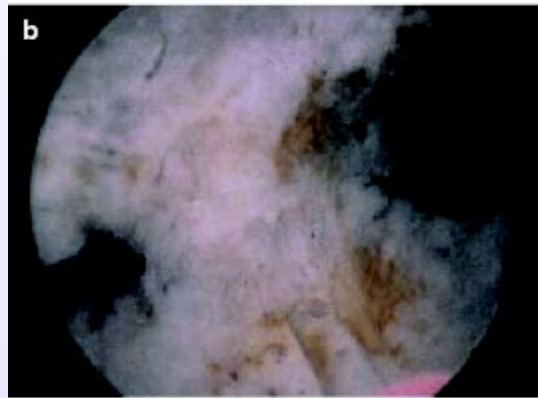
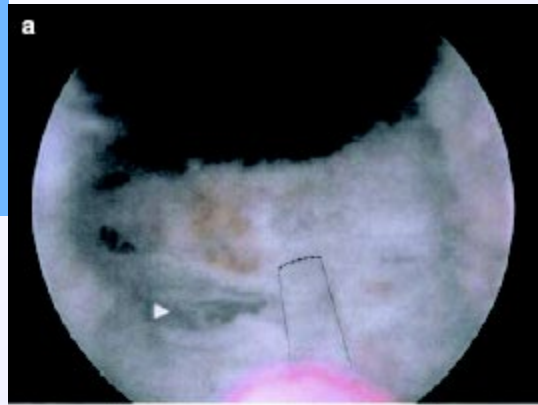
Ταχύτητα εκτομής:

0.74-1.09g/min

- Υπό αντιπηκτική αγωγή Μετάγγιση: 9%

- Επίσχεση

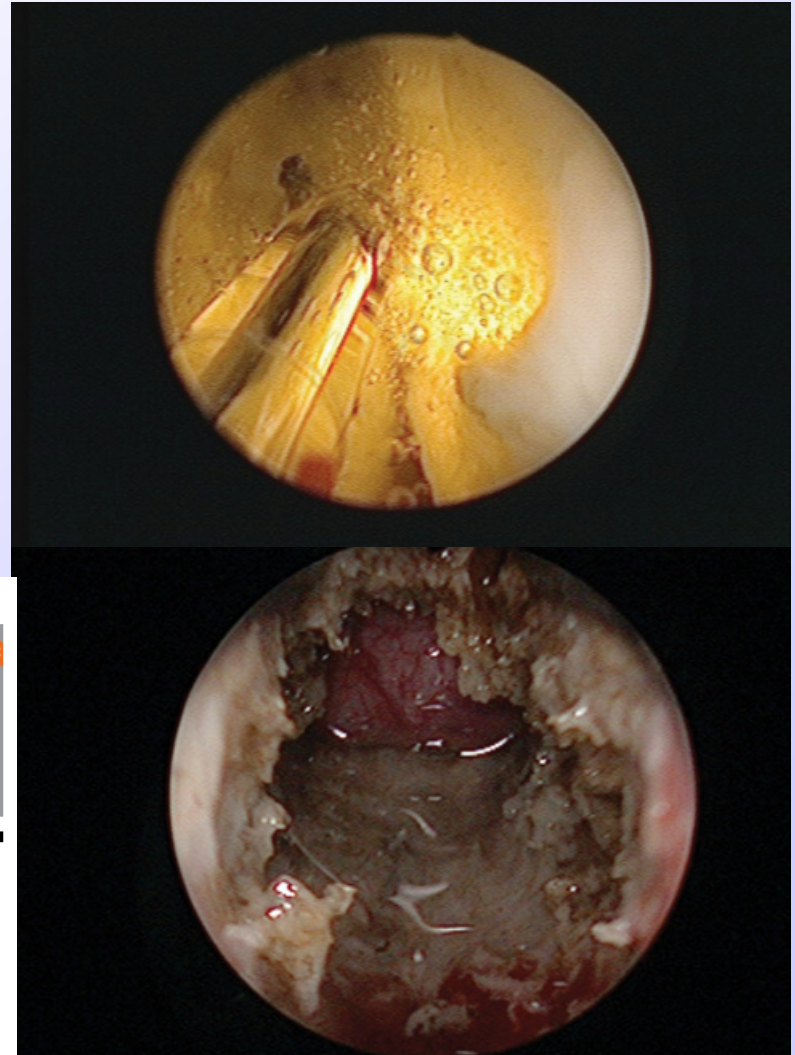
Επιτυχία \approx 100%



GreenLight laser

Ειδικές συνθήκες:

- Μεγάλοι προστάτες
- Αντιπηκτική αγωγή
- Ασθενείς σε επίσχεση



EUROPEAN UROLOGY SUPPLEMENTS 7 (2008) 378-383

available at www.sciencedirect.com
journal homepage: www.europeanurology.com

EAU
European Association of Urology



Outcome of GreenLight HPS 120-W Laser Therapy in Specific Patient Populations: Those in Retention, on Anticoagulants, and with Large Prostates (≥ 80 ml)

Henry Woo^{a,*}, Oliver Reich^b, Alexander Bachmann^c, Benjamin Choi^d,
Edward Collins^e, Jean de la Rosette^f, Fernando Gómez Sancha^g,
Gordon Muir^h, Shahin Tabatabaeiⁱ

Do patients have to choose between ejaculation and miction? A systematic review about ejaculation preservation technics for benign prostatic obstruction surgical treatment

World J Urol 2018

Souhil Lebdaï¹ · Armand Chevrot² · Steeve Doizi³ · Benjamin Pradere⁴ · Nicolas Barry Delongchamps⁵ · Amine Benchikh⁶ · Jean Nicolas Cornu⁷ · Emmanuel Della Negra⁸ · Marc Fourmarier⁹ · Vincent Misraï¹⁰ · Pierre Etienne Theveniaud¹¹ · Aurélien Descazeaud¹² · Grégoire Robert¹³ · For the CTMH-AFU group

Table 1 Data summary

Authors	Technic	Study type	Control group	Population	Ejaculation preservation rate (%)	IPSS improvement from baseline	Follow-up (months)	Re-intervention rate (%)	Bias and limitations	Level of evidence
Alloussi et al.	ep-TURP	Prospective	None	89	91	18	60	13	No control group	3
Ronzoni et al.	ep-TURP	Prospective	None	45	80	18	24	7	No control group	3
Rhouma et al.	ep-TURP	Prospective	vs TURP	35 vs 35	66 vs 29 ($p < 0.05$)	14 vs 14 (NS)	3	–	Short follow-up	2a
Leonardi et al.	ep-PVP	Prospective	None	52	96	12	12	0	No control group Short follow-up	3
Talab et al.	ep-PVP	Retrospective	None	160	87	15	28	–	No control group Retrospective	4
Miyauchi et al.	ep-PVP	Prospective	None	24	91	–	6	–	No control group Short follow-up	3
Kim et al.	ep-HoLEP	Prospective	vs HoLEP	26 vs 26	46 vs 27 (NS)	12 vs 8 (NS)	3	0	Short follow-up	2a
Roehrborn et al.	PUL	Prospective	vs placebo	140	100	7.8	60	13.6	–	1
Gratzke et al.	PUL	Prospective	vs TURP	40 vs 40	100 vs 34	9.2 vs 15.3 ($p = 0.001$)	24	13.6 vs 5.7	Short follow-up	1
Carnevale et al.	PAE	Prospective	vs TURP	15 vs 15	–	12.5 vs 21.5 ($p = 0.01$)	12	0	Short follow-up EjD not compared	1
Gao et al.	PAE	Prospective	vs TURP	57 vs 57	–	15.3 vs 16.3	24	0	EjD not compared	1
Amouyal et al.	PAE	Prospective	None	32	100	7.4	6	0	No control group Short follow-up	3
Roehrborn et al.	Rezum	Prospective	vs placebo	136 vs 61	100	9.8 vs 3.9 ($p = 0.004$)	3	3.7	Short follow-up	1
Dixon et al.	Rezum	Prospective	None	65	–	12.5	12	–	No control group Short follow-up	3
Gilling et al.	Aquablation	Prospective	TURP	117 vs 67	90 vs 64	16.9 vs 15.1 (NS)	6	–	Short follow-up	1

ep-TURP ejaculation preservation transurethral resection of the prostate, ep-PVP ejaculation preservation photo selective vaporization of the prostate, ep-HoLEP ejaculation preservation holmium enucleation of the prostate, PUL prostatic urethral lift, PAE prostatic artery embolization, NS non significant, EjD ejaculation dysfunction

Do patients have to choose between ejaculation and miction?

A systematic review about ejaculation preservation technics for benign prostatic obstruction surgical treatment

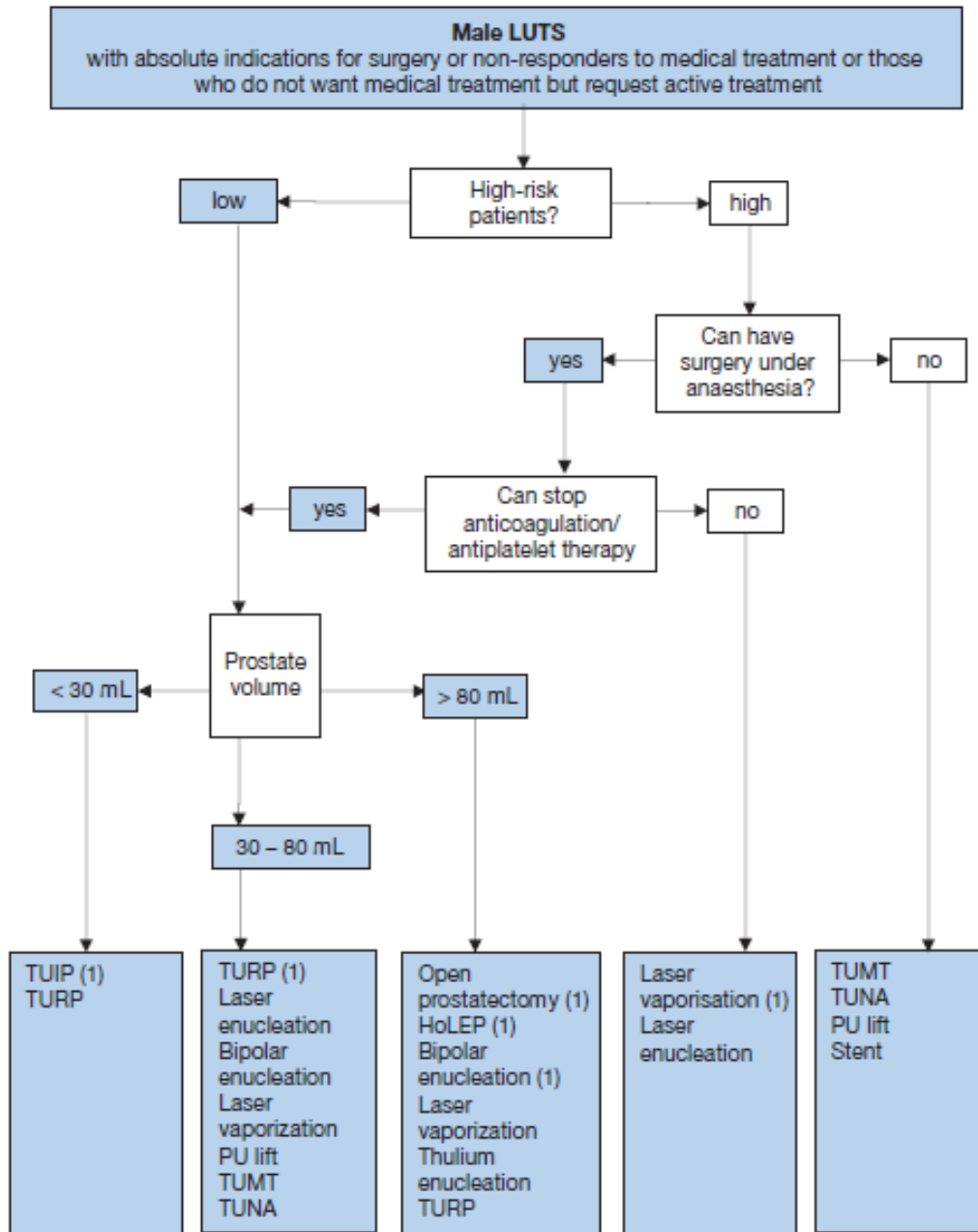
Souhil Lebdaï¹ · Armand Chevrot² · Steeve Doizi³ · Benjamin Pradere⁴ · Nicolas Barry Delongchamps⁵ · Amine Benchikh⁶ · Jean Nicolas Cornu⁷ · Emmanuel Della Negra⁸ · Marc Fourmarier⁹ · Vincent Misraï¹⁰ · Pierre Etienne Theveniaud¹¹ · Aurélien Descazeaud¹² · Grégoire Robert¹³ · For the CTMH-AFU group

Selection:

- Moderate prostate volume (30–80 cc) – no data for large PV
- Efficacy: IPSS decrease of 10 points and Qmax moderate improvement (5 ml/s) → Not for patients with very low Qmax (< 5 ml/s)
- No robust data on re-treatment rate – inform patients

Κόστος: Αρχές και προβληματισμοί

- Νέα τεχνολογία στην υγεία:
από τους κυριότερους λόγους \uparrow κόστους
(lasers)
- Morcelator + Fibers
- Διαφορετικά οικονομικά μοντέλα
- One day surgery vs ανάγκη για επανεπέμβαση
- Reimbursement policy – Συγκρίσεις μη ρεαλιστικές



EAU Guidelines on Management of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO)

S. Gravas (Chair), J.N. Cornu, M.J. Drake, M. Gacci, C. Gratzke, T.R.W. Herrmann, S. Madersbacher, C. Mamoulakis, K.A.O. Tikkinen

Guidelines Associates: M. Karavitakis, I. Kyriazis, S. Malde, V. Sakkalis, R. Umbach

EAU Guidelines on Management of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO)

S. Gravas (Chair), J.N. Cornu, M.J. Drake, M. Gacci, C. Gratzke,
T.R.W. Herrmann, S. Madersbacher, C. Mamoulakis,
K.A.O. Tikkinen

Guidelines Associates: M. Karavitakis, I. Kyriazis, S. Malde,
V. Sakkalis, R. Umbach

How to select the optimal surgical treatment

The choice of the surgical technique depends on prostate size, comorbidities of the patient, ability to have anaesthesia, patients' preferences, willingness to accept surgery-associated specific side effects, availability of the surgical armamentarium, and experience of the surgeon with these surgical techniques.