



IV EDIZIONE

LE PATOLOGIE UROLOGICHE DI PIÙ FREQUENTE RISCONTRO: UN UPDATE

1 ottobre 2016

22 ottobre 2016

12 novembre 2016

CASA DI CURA NUOVA VILLA CLAUDIA
Via Flaminia Nuova, 280
Roma (RM)

Responsabile Scientifico

Prof. Roberto Giulianelli

Relatori (in ordine alfabetico)

- Dott. Luca Albanesi, Urologo
- Dott.ssa Barbara Cristina Gentile, Urologa
- Prof. Roberto Giulianelli, Urologo-Andrologo
- Dott.ssa Gabriella Mirabile, Urologa
- Dott. Giorgio Rizzo, Urologo
- Prof. Giuseppe Soda, Anatomopatologo
- Dott.ssa Paola Tariciotti, Urologo-Ecografista

Razionale

Le patologie prostatiche sono tra le malattie più frequenti nel maschio di età superiore ai 50 anni ed il loro impatto socioeconomico è molto rilevante. Tra le varie patologie, quella che si presenta con maggiore frequenza nella popolazione maschile, con un'incidenza che aumenta con il passare degli anni, è l'Ipertrofia Prostatica (I.P.)

In Letteratura i dati epidemiologici dell'Ipertrofia Prostatica sono piuttosto variabili in quanto fortemente influenzati dai criteri adottati per definire la malattia.

L'Ipertrofia Prostatica può essere definita come una malattia caratterizzata da un ingrossamento della prostata che comporta sintomi delle basse vie urinarie (LUTS) che interferiscono sulla qualità dei soggetti di sesso maschile. La presenza di LUTS interessa il 40% dei soggetti di età maggiore o uguale di 50 anni, con una stretta correlazione fra loro gravità e modificazione della qualità della vita (QOL).

La prevalenza di LUTS osservata in una metanalisi che aveva coinvolto complessivamente 64989 soggetti, reclutati in 17 studi cross-sectional, fatti negli anni 1994-2003, risulta essere, in uomini di età media di 65 anni, del 14-43%, con un valore medio pesato del 37%.

Una survey condotta negli Stati Uniti (Contea di Olmsted) ha definito l'I.P. sulla base di un punteggio all'IPSS (International Prostat Symptom Score) uguale o maggiore di 7 e flusso urinario <15 ml/s. Quella indagine ha indicato che la prevalenza di I.P. è del 17% negli uomini di età 50-59 anni, del 27% nella classe 60-69 anni e del 37% in quella 70-79 anni.

Sebbene la malattia abbia una bassa mortalità (il tasso di mortalità europeo era di 0,35 x 100000 abitanti), gli studi community-based dimostrano che la progressione della severità della sintomatologia conduce ad un aumento misurabile del danno di QOL.

L'inquadramento clinico non deve prescindere da un'attenta anamnesi, focalizzata sull'identificazione di precedenti o attuali malattie genito-urinarie, recenti o precedenti interventi chirurgici e traumi delle vie urinarie, familiarità per neoplasia prostatica, presenza di disfunzioni sessuali. L'utilizzo del questionario IPSS-QOL è uno strumento validato per la valutazione dei sintomi delle basse vie urinarie, mentre l'esplorazione digito-rettale consente di valutare le dimensioni della prostata e, se associata al dosaggio del PSA, di eseguire un'efficace diagnosi differenziale con la neoplasia prostatica. L'esame delle urine e il dosaggio della creatinina sierica devono sempre completare la valutazione anamnestica iniziale.

Il PSA, oltre che per la diagnosi differenziale con la patologia

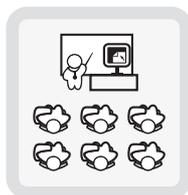
neoplastica prostatica, è un forte indice di progressione dell'I.P. ed è correlato al volume prostatico. La valutazione ecografica è una metodica estremamente utile per la determinazione della gravità del quadro clinico che oltre a permetterci di determinare il volume della ghiandola e studiare le caratteristiche della porzione periferica, ci informa delle modalità di crescita dell'adenoma (bilobato, trilobato), della presenza di condizioni patologiche associate (calcoli vescicali, diverticoli, neoplasie vescicali) e del residuo post-Minzionale (RPM). L'ecografia renale, invece, non è indicata nella valutazione routinaria dei pazienti con LUTS. L'Uroflussimetria è una metodica semplice, poco costosa, ripetibile, non invasiva che ci permette di determinare le caratteristiche del flusso urinario del paziente con LUTS, che deve sempre precedere l'inizio di una terapia disostruttiva sia medica che chirurgica.

La terapia medica dei LUTS da ostruzione cervico-uretrale (BOO) da I.P. trova varie opzioni farmacologiche che possono essere utilizzate sia da sole che in associazione. Queste sono gli alfa-litici, gli Inibitori della 5 alfa-reduttasi e i fitofarmaci. L'utilizzo di un gruppo o dell'altro è condizionato dalla priorità di intervenire sulla componente dinamica (alfa-litici) o statica (Inibitori della 5 alfa-reduttasi) dell'ostruzione cervico-uretrale, con risultati proporzionali alla gravità del QOL che presentano.

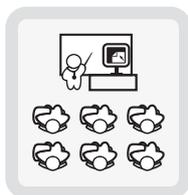
Quando questi presidi non sono più adeguati a migliorare i LUTS e il QOL peggiora è indicato il trattamento chirurgico, rappresentato dalla tradizione chirurgia "a cielo aperto" o dalle varie metodiche miniinvasive (TURP, TUIP, TUVAP). Le scelte del tipo dell'intervento da proporre al paziente si basano sull'esperienza dell'operatore, sulle dimensioni della prostata ed eventuali condizioni patologiche contemporaneamente presenti (diverticolosi, calcolosi vescicale).

Nell'ultimo decennio l'approccio alla diagnosi e terapia dei LUTS è profondamente cambiato. La disponibilità di nuove soluzioni terapeutiche sempre più efficaci e miniinvasive, la crescente sensibilizzazione della classe medica hanno indotto sempre più pazienti ad affrontare apertamente il problema in grado di condizionare negativamente la loro Qualità di Vita. L'utilizzo di Linee Guida sia Nazionali che Europee hanno evidenziato quali tra i comportamenti medici devono essere considerati prioritari rispetto ad altri, raggiungendo livelli di forte, media o bassa raccomandazione e quindi da essere seguiti o semplicemente consigliati.

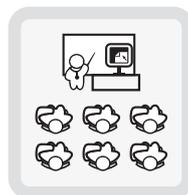
1 ottobre 2016
LUTS DA BPE



22 ottobre 2016
LIVE SURGERY



12 novembre 2016
OCU DA BPE:
COSA FARE?



Tra ottobre e novembre
PRATICA
AMBULATORIALE*



Percorso formativo

* I discendenti, tramite una segreteria che gestirà l'agenda, si dovranno recare tra ottobre e novembre presso la Casa di Cura per svolgere della attività di un ambulatorio di urologia ed andrologia con un tutor della faculty.

1 ottobre 2016

08:30-08:40	Saluto del Presidente del Corso	<i>R. Giulianelli</i>
08:40-09:00	Dall'anatomia al sintomo: il perché dell'ostruzione cervico-uretrale	<i>P. Tariciotti</i>
09:00-09:20	LUTS, come interpretarli, come quantificarli?	<i>L. Albanesi</i>
09:20-09:40	Cosa ci consigliano le Linee Guida per un corretto inquadramento dei LUTS da BPE	<i>B. C. Gentile</i>
09:40-10:00	Discussione	
10:00-10:30	L'ecografia solo transrettale?	<i>G. Mirabile</i>
10:30-11:00	Uroflussimetria o Esame urodinamico? Quando utilizzare l'uno e quando l'altro? Cosa c'è di nuovo	<i>B. C. Gentile</i>
11:00-11:20	Discussione	
11:20-11:40	Coffee Break	
11:40-12:00	Il PSA è utile nella diagnosi dell'ostruzione cervico-uretrale?	<i>R. Giulianelli</i>
12:00-12:20	Questionari: quali? cosa c'è di nuovo?	<i>G. Rizzo</i>
12:20-12:40	Discussione	
12:40-14:40	Presentazione di casi clinici relativi agli argomenti trattati con discussione interattiva del board scientifico con l'audience	<i>L. Albanesi, B. C. Gentile, R. Giulianelli, P. Tariciotti, G. Mirabile</i>
14:40-15:00	Take home messages	<i>R. Giulianelli</i>

22 ottobre 2016

08:30-09:00	Presentazione degli interventi	<i>R. Giulianelli</i>
09:00-14:30	In diretta dalle Sale Operatorie della casa di Cura Nuova Villa Claudia "Live Surgery" <i>coffee break</i> Operatori: <i>L. Albanesi, B. C. Gentile, R. Giulianelli, G. Mirabile, P. Tariciotti</i>	
11:20-11:40		
14:30-14:50	Take home messages	<i>R. Giulianelli</i>

12 novembre 2016

08:30-08:45	"Pillole" dei precedenti incontri	<i>L. Albanesi</i>
08:45-09:15	Terapia medica: cosa ci consigliano le Linee Guida	<i>G. Mirabile</i>
09:15-09:30	Disturbi dello "storage" vescicale, solo da ostruzione cervico-uretrale? Il perchè di una scelta terapeutica	<i>B. C. Gentile</i>
09:30-10:00	Terapia chirurgica: cosa ci consigliano le Linee Guida	<i>G. Rizzo</i>
10:00-10:20	Discussione	
10:20-11:20	Ostruzione cervico-uretrale: Quale tipo di bisturi utilizzare? Perchè? Risultati a confronto: <ul style="list-style-type: none">• Emostasi migliore?• Tempi di cateterizzazione più brevi?• Minore Incidenza di ritrattamenti?	
	Monopolare	<i>L. Albanesi</i>
	Bipolare	<i>P. Tariciotti</i>
	Lasers	<i>G. Mirabile</i>
11:20-11:40	Coffee Break	
11:40-12:00	Il parere dell'anatomopatologo	<i>G. Soda</i>
12:00-12:20	DE post-TURP con tecnica bipolare: nostra esperienza e confronto con la letteratura	<i>L. Albanesi</i>
12:20-12:30	Discussione	
12:30-14:30	Presentazione di casi clinici relativi agli argomenti trattati con discussione interattiva del board scientifico con l'audience	<i>L. Albanesi, B. C. Gentile, R. Giulianelli, G. Mirabile, G. Rizzo, P. Tariciotti</i>
14:30-14:50	Take home messages	<i>R. Giulianelli</i>
14:50-15:00	Chiusura e compilazione questionario ECM	

