

P. Morávek

Urologická klinika FN a LF HK
Hradec Králové
přednosta doc. MUDr. P. Morávek, CSc.

SOUČASNÝ STAV DIAGNOSTIKY A LÉČBY BHP V ČESKÉ REPUBLICE (PŘEHLEDOVÝ ČLÁNEK)

KLÍČOVÁ SLOVA

BHP
Diagnostika
Léčba

SOUHRN

Na podkladě informací z 11 urologických pracovišť (urologických klinik a urologických oddělení regionálních nemocnic) vypracoval autor přehled o současném stavu diagnostiky a léčby BHP (benigní hyperplazie prostaty) v České republice. Získané údaje porovnal s údaji vyspělých států Evropy (Francie, Německo, Itálie, Spojeného království-UK) a USA. Konstatoval, že diagnostika a léčba BHP je v ČR nejméně na stejné úrovni jako ve srovnávaných státech. Využívání uvedených diagnostických a léčebných metod na jednotlivých pracovištích se děje na základě doporučených postupů ČUS, ale v závislosti na přístrojovém vybavení.

KEY WORDS

BPH
Diagnosis
Treatment

SUMMARY

STATE OF ART OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF BPH IN CZECH REPUBLIC
(REVIEW ARTICLE)

The author has elaborated review of state of art of diagnosis and treatment of BPH in Czech Republic on basis of information from 11 urological departments (University Departments of Urology and regional Urological Departments). He has compared gained information with data of the west european countries (France, Germany, Italy, Great Britain) and U.S.A. He has found that diagnosis and treatment of BPH in Czech Republic is at least at the same level than in above mentioned countries. Use of mentioned diagnostic and therapeutic methods in on particular departments on basis of recommended techniques of The Czech Urological Society but depends on instrumental equipment.

ÚVOD

Přehled o současném stavu diagnostiky a léčby v ČR byl vypracován na podkladě informací z 11 pracovišť (urologických klinik a oddělení regionálních nemocnic), o kterých se domnívám, že udržují evropský standard a významně ovlivňují (metody) diagnostiky a léčby ve svých regionech.

Zatímco diagnostika BHP má již přesně vymezené postupy, v léčbě se uplatňuje celá škála metod od pouhého sledování, medikamentózní léčby, klasické chirurgické léčby až po méně invazivní, alternativní metody. Rozdíly ve využívání jednotlivých metod nepramení ze zásadně odlišného pohledu na principy

léčby, ale ze zastoupení jednotlivých metod na různých pracovištích v závislosti na erudici a přístrojovém vybavení.

DIAGNOSTIKA BHP

Diagnostiku lze v podstatě rozdělit na základní a fakultativní. Dále uvedené metody základní diagnostiky provádějí nejen výše zmíněná pracoviště, ale téměř všechna urologická oddělení a privátní urologické ambulance v České republice. Uvedené metody fakultativní diagnostiky jsou prováděny na klinických a regionálních pracovištích a jen částečně na ostatních urologických odděleních.

a) Základní diagnostika BHP: Anamnéza, dotazník I-PSS/QOL, vyšetření *per rectum*, laboratorní vyšetření moče (moč chemicky, močový sediment, kvantitativní bakteriurie), vyšetření séra (urea, kreatinin, minerály, prostatický specifický antigen - PSA), sonografie prostaty, měchýře, a horních močových cest (velikost prostaty, reziduum, městnání).

b) Výběrová diagnostika BHP: PSA, transrektální ultrasonografie, biopsie prostaty (sextantová, event. oktantová) při podezření na karcinom, uretrocystoskopie (UCS), urodynamické vyšetření (UDN).

Ve srovnání s vyspělými státy Evropy a USA je diagnostika BHP v ČR na stejné úrovni, v některých případech i na vyšší. Na rozdíl od ČR, kde diagnózu BHP a zahájení léčby provádí urolog, je v USA primární kontakt a zahájení léčby urologem jen v 37 % případů (v ostatních případech ji zahajuje praktický lékař-GP nebo internista), ve Francii je tomu obdobně (primární kontakt a léčba urologem ve 25 – 35 % případů, u ostatních GP), v UK zahajuje léčbu urolog u 1/3 mužů a v SRN asi u 70 % nemocných. Prevalence symptomatické BHP (I-PSS > 7) je u mužů mezi 30 – 70 lety ve všech zmíněných státech přibližně stejná (14 – 33 % dle věku).

LÉČBA BHP

1. SLEDOVÁNÍ NEMOCNÝCH (WW - WATCHFUL WAITING)

Přichází v úvahu u nemocných s asymptomatickou BHP, s minimálními iritačními symptomy (LUTS), dosud spokojených s kvalitou života a u nemocných odmítajících léčbu.

Přístup k WW je ve vyspělých státech obdobný (v USA je WW u 77 % s mírnými symptomy, v Itálii představuje 10 % veškeré léčby).

2. MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA

V ČR představuje v celkovém objemu léčby 61 % (dle jednotlivých pracovišť 41 – 85 %).

Indikace:

- iritační symptomy
- I-PPS/QOL 6 – 16/1 – 2 (střední symptomy)
- reziduum 50 – 100 ml
- mladí nemocní (do 50 let) pro riziko erektilní dysfunkce a inkontinence po operační léčbě
- staří nemocní se závažnými přidruženými chorobami (riziko při i po výkonu)

Používané léky:

- uroselektivní α -blokátory adrenergických receptorů
afluzosin, tamsulosin 75 % (dle jednotlivých pracovišť 59 – 91 %)
- selektivní α_1 -blokátory adrenergických receptorů
doxazosin, terazosin 17 % (dle jednotlivých pracovišť 3 – 38 %)
- blokátor 5 α -reduktázy
finasterid 1 % (při objemu prostaty > 60 ml)
Pozn.: S ročním odstupem, kdy práce vznikala, došlo v ČR nárůstu používání finasteridu.
- mepatricin výjimečně
- fytoterapie
extractum pygei africana
extractum serenoae repensis 8 % (dle jednotlivých pracovišť 3 – 15 %)

Dobré výsledky medikamentózní léčby bez nutnosti následné operační nebo alternativní léčby byly udány u 70 % nemocných. Léčba je dobře tolerována a podávána od 1 roku do 8 let, je stále žádanější, ale ekonomicky velmi náročná.

Indikace pro medikamentózní léčbu je ve vyspělých státech stejná jako v ČR (střední symptomy, I-PPS 7 – 16), především jsou používány α_1 -blokátory a uroselektivní α -blokátory adrenergických receptorů. V USA představují 88 % léčby u středních symptomů [1], ve Francii 45,5 % [2], v SRN 53 % [3], Itálii 55 % [4] a v UK 64 % [5] celkové léčby BHP. V Evropě nejsou výraznější rozdíly v preskripci selektivních α_1 - a uroselektivních α -blokátorů, v USA převažuje na trhu Doxazosin a Terazosin proti Tamsulosinu. Finasterid je využíván převážně u prostat většího objemu (> 40 ml), menších a středních symptomů (v USA u 10 %, SRN 10 %, Itálii 37 % a UK 36 %). Ve srovnání s ČR je preskripce finasteridu „ve světě“ častější. Využití fytoterapie se pohybuje mezi 10 – 37 % celkové léčby. Obecně lze říci, že objem medikamentózní léčby BHP ve všech státech trvale narůstá, zatímco chirurgická léčba zaznamenala pokles. (Ve Francii je 10krát více nemocných léčeno medikamentózně než chirurgicky, v UK se preskripce léčiv na BHP za 5 let zvýšila 9krát) [1, 2, 3, 4, 5].

3. CHIRURGICKÁ LÉČBA

Za klasické operační metody jsou považovány TVPE (transvezikální prostatektomie) a TURP (transuretrální elektroresekce prostaty). Dle jednotlivých pracovišť se pohybuje operační léčba BHP mezi 18 – 48 % (v průměru 24 %).

Kritéria pro indikaci operační léčby:

- retence (paradoxní ischurie)
- UFM Q_{max} < 10 ml/s
- reziduum > 100 ml
- selhání medikamentózní léčby
- těžké symptomy (I-PSS/QOL 16/3 – 25/3)
- **TVPE** (v rámci chir. léčby) 20 % (dle jednotlivých pracovišť 3 – 44 %) za indikaci krom výše uvedených jsou považovány:
 - objem prostaty > (50) 80 ml
 - divertikl, objemná cystolitíza
 - jiná patologie v močovém měchýři
- **TURP** (v rámci chir. léčby) 80 % (dle jednotlivých pracovišť 56 – 97 %) za optimální je považován objem prostaty < 50 ml.

Přestože v ČR TVPE vykazuje lepší dlouhodobé výsledky, je TURP „zlatý standard“ chirurgické léčby. Hlavní výhodou je menší invazivita pro nemocného, kratší doba hospitalizace (v průměru 6 dní po TURP oproti 12 dnům po TVPE).

Indikace ke klasické operační léčbě jsou v Evropě i ve světě stejné. Krom výše uvedených je třeba říci, že mimo těžké symptomy přichází elektivní operační léčba v úvahu i u symptomů středních zejména u větších prostat (v USA u 38 % nemocných, v SRN u 30 %, v UK u 38,6 %) [1, 3, 5]. Zlatým standardem je TUR-P (UK 95 %, Itálie 62 %, Francie 81 %). TVPE je indikovaná jen u velkých prostat (Francie 14 %, Itálie 29 %, UK 5 %) [2, 4, 5]. Počet nemocných léčených TURP a TVPE se postupně snižuje (v USA za 5 let o 150 000, v SRN za 5 let o 20 000, v UK zůstává téměř na stejné úrovni) [1, 3, 5].

Komplikace klasických operačních metod lze dle vzniku rozdělit na peroperační a pooperační (časné a pozdní). Typy komplikací a jejich frekvenci udávají tab. 1, 2, 3.

Tab. 1. Peroperační komplikace (0,5 %).

- perforace pouzdra prostaty (poranění nervově-cévního svazku)
- perforace stěny měchýře
- (úmrtí)

Tab. 2. Časné pooperační komplikace (v %*).	TVPE	TURP
Infekce močových cest (IMC)	60	60
Krvácení	4,5	7,5
Reziduum (retence)	2,5	7,5
Zánět nadvarlete	3,0	3

Tab. 3. Pozdní pooperační komplikace (v %*).	TVPE	TURP
IMC, epididymitis	8	8
Reziduum	3	6
Striktura (uretry, hrdla)	6	4,5
Erektální dysfunkce (ED)	8	5
Inkontinence (stresová, urgentní)	4	3

*Uvedené údaje v % představují průměry z dotázaných pracovišť, která jsou zmiňována.

Typy a četnost peroperačních komplikací (tab. 1) a pooperačních komplikací (tab. 2 a 3) jsou u obou operačních metod obdobné, frekvence časných komplikací po TURP mírně převyšuje výskyt po TVPE. Po TURP byl udáván větší výskyt krvácení a rezidua, po TVPE mírně vyšší výskyt pozdních striktur a inkontinence.

Výskyt operačních komplikací je v ČR obdobný tomu, který je udáván v zahraniční odborné literatuře. Frekvence a spektrum je do určité míry závislé na erudici operátora a přístrojové technice, přesto nevykazuje významné regionální rozdíly. Obávaná, řídké reverzibilní erektální dysfunkce a inkontinence vzniká především na podkladě operačních komplikací (perforace pouzdra, poranění nervově-cévního pediklu a sfinkterů). ED je v odborné literatuře udávána po 3 – 8 měsících od operace mezi 3 – 29 % (!) a inkontinence 3. měsíc po operaci kolem 6 %.

4. ALTERNATIVNÍ, MÉNĚ INVAZIVNÍ METODY

K nim řadíme především TUIP (transuretrální incise prostaty), TUEVP (transuretrální elektrovaporizace prostaty), TUNA (transuretrální jehlová ablace), VLAP (vizuální laserová ablace prostaty), ostatní laserové metody, TUMT (transuretrální mikrovlnná termoterapie), HIFU (*high intensive focused ultrasound*) a intraprostatické spirály a stenty. Využívání těchto metod uvádí tab. 4.

Tab. 4. Metody používané na zmíněných pracovištích.

Metoda	Počet pracovišť	Výkony/rok
TUMT	6	500
ILC	2	23
TUNA	1	20
TUEVP	6	kombinace s TURP
TUIP	10	5 – 10 % operovaných
SPIRÁLY	8	52

Malé využití zmíněných metod souvisí především s vybavením pracovišť, zkušenostmi a často s nepřesvědčivostí výsledků zmíněných metod publikovaných v literatuře. Jsou využívány především u vysoce rizikových pacientů (ASA III, ASA IV) s nemožností podání celkové ani spinální anestezie nebo u nemocných s jinými závažnými chorobami, znemožňujícími invazivní chirurgický výkon.

Používání většiny méně invazivních a alternativních léčebných metod je i ve vyspělých státech spíše na úrovni klinického výzkumu než standardních postupů. Narostl počet TUEVP jako součásti TURP, zvýšil se počet TUIP, v USA došlo k poklesu využívání laseru. TUMT, TUNA a HIFU jsou považovány za neefektivní (v USA 3 % léčby BHP) [1].

ZÁVĚR

Z pohledu léčby BHP na počátku nového milénia je třeba říci, že se logicky předpokládá nárůst počtu mužů ve věku nad 65 let věku, a tím i zvýšení prevalence BHP. Dojde k nárůstu především medikamentózní léčby, zejména preskripce uroselektivních α -blokátorů a selektivních α_1 -blokátorů adrenergických receptorů a úbytku léčby finasteridem. Relativní počet nemocných léčebných TURP se bude nadále snižovat, absolutní počet se pravděpodobně mírně zvýší.

Pozn. autora – porovnání současného stavu léčby BHP v ČR s vyspělými státy Evropy a USA jsem si dovilil provést pro lepší přehlednost atypicky přímo u jednotlivých léčebných metod. Ke srovnání jsem použil Proceedings of Satellite Symposium Held at the XIVth Congress of the European Association of Urology, Stockholm, April 7, 1999 a informace z níže uvedených urologických pracovišť.

LITERATURA

1. Bruskewitz R. Management of Symptomatic BHP in US: Who Is Treated and How? Eur Urol 1999; 36 (suppl. 3): 7-13.
2. Lukacs B. Management of Symptomatic BHP in France: Who Is Treated and How? Eur Urol 1999; 36 (suppl. 3): 14-20.
3. Berges R, Pientka L. Management of Symptomatic BHP in Germany: Who Is Treated and How? Eur Urol 1999; 36 (suppl. 3): 21-27.
4. Tubaro A, Montanari E. Management of Symptomatic BHP in Italy: Who Is Treated and How? Eur Urol 1999; 36 (suppl. 3): 28-32.
5. McNicholas TA. Management of Symptomatic BHP in UK: Who Is Treated and How? Eur Urol 1999; 36 (suppl. 3): 33-39.

INFORMACE O LÉČBĚ BHP Z 11 PRACOVÍŠŤ V ČR (DOTAZNÍK)

1. Jarolim L., Novák J. Urologická klinika VFN Praha
2. Hanek P. Urologická klinika FNM Praha
3. Urban M. Urologická klinika FNKV Praha
4. Rýdel L. Urologická klinika FN Hradec Králové
5. Klečka J. Urologická klinika FN Plzeň
6. Pacík D. Urologická klinika FN Brno
7. Rovný F. urologické oddělení FN (U sv. Anny) Brno
8. Starcevski J., Ženíšek J. urologické oddělení Nemocnice České Budějovice
9. Hynek V. urologické oddělení Masarykovy Nemocnice Ústí n. L.
10. Maisner K. urologické oddělení FN Ostrava
11. Staněk R. urologické oddělení NSS Opava

Doc. MUDr. Petr Morávek, CSc.
M. Majerové 246
500 11 Hradec Králové 11