

# BENIGN PROSTAT HİPERPLAZİSİ KILAVUZU

(Metin güncelleme Mart 2005)

M. Oelke (başkan), G. Alivizatos, M. Emberton, S. Gravas, S. Madersbacher, M. Michel, J. Nordling, C. Rioja Sanz, J. de la Rosette

## Temel bilgiler

Benign prostat hiperplazisi (BPH) erkeklerde benign prostat büyümesine (BPB), benign prostat obstruksiyonuna (BPO) ve/veya alt üriner sistem semptomlarına (AUSS) yol açabilen erkeklerde en sık rastlanan benign hastalıklardan birisidir. 65 yaşın üzerindeki erkeklerin yaklaşık %30'unda rahatsız edici AUSS ortaya çıkar.

Etiyoloji multifaktöryeldir ve yaş, PSA ve prostat hacmi hastalık gelişmesi ile ilişkili gerçek faktörlerdir. Bu özgül risk faktörlerine dayanarak progresyon riski artmış ve erken tedavi başlanmasının uygun olacağı bir hasta grubu saptanabilir. BPH tedavisi için cerrahi gereksinim yaş ve başlangıçtaki klinik semptomların derecesine göre artış gösterir. Nokturi ve idrar akım gücündeki değişikliklerin en öngördürücü semptomlar olduğu saptanmıştır.

## BPH'lı erkeklerin değerlendirilmesi

Bu öneriler, BPH dışı AUSS nedenleri bakımından önemli risk altında bulunmayan 50 yaşın üzerindeki erkekler için geçerlidir. Eş zamanlı nörolojik hastalıkları olanlar, yaşları genç

olanlar daha önce alt üriner sistem enfeksiyonu veya cerrahi öyküsü bulunanlar için daha ayrıntılı tetkikler yapılmalıdır. BPH'nın doğru ve erken tanısının konulması tedavi sonucunun daha iyi olmasını ve tedavi seçiminin önceden belirlenmesini sağlar. Tanı testleri üç sınıfa ayrılır (Tablo 1):

**1. Önerilen:** Kanıtlar bu testlerin kullanılmasını desteklemektedir ve bu nedenle BPH bulunan tüm hastalarda bu testler yapılmalıdır:

- Tıbbi öykü: BPH dışındaki AUSS nedenlerini saptamak için öykü alınmalıdır.
- Semptom skorları: Tedavi belirlemeye ve yanıtı monitörize etmeye katkıda bulunduğu için semptom değerlendirilmesi yapılmalıdır. Dünya çapındaki yaygınlığı ve kullanılabilirliğinden dolayı IPSS anketi önerilmektedir.
- Fizik muayene: Parmakla rektal muayene (PRM) ve temel nörolojik muayene en az asgari gerekliliklerdir. PRM ile prostat boyutu tahmin edilebilir ve diğer prostat patolojilerini saptayabilir.
- Prostata-spesifik antijen (PSA): Prostat kanseri tanısının yanı sıra (prostat hacminin yardımcı bir parametresi olarak) akut üriner retansiyon riski ve prostat cerrahisine olan gereksinimi değerlendirmek üzere kullanılabilir.
- Kreatinin ölçümü: BPH üst üriner sistem dilatasyonuna ve böbrek yetersizliğine neden olabilir, ancak geçmişte bu risklerin olduğundan fazla sanıldığı görülmektedir. Üst üriner sistem fonksiyonunu değerlendirmek için kreatinin ölçümü veya alternatif olarak ultrasonografik böbrek muayenesi en az gereklilik testleridir.
- İdrar tahlili: BPH dışındaki AUSS nedenlerinin (örn., üriner sistem enfeksiyonu veya mesane kanseri) ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

- İdrar akımı ölçümü: Anormal işemeyi saptar. Yeterli bilgi elde edebilmek için >150 mL idrar hacminde iki ya da daha fazla akım elde edilmesi önerilmektedir.
- İşeme sonrası rezidüel idrar, mesane disfonksiyonunu gösterir. Tercihen ultrason ile iki ya da daha fazla ölçüm yapılmalıdır. Büyük miktarda rezidüel idrar (>200 mL), tedavinin daha olumsuz şekilde sonuçlanacağını öngördürür.

2. **İsteğe bağlı:** Bu tetkikler tanı ve ilk değerlendirme için gerekli değildir ama karar-verme sürecinde yardımcı olabilir.

- Basınç-akım çalışması: Mesane çıkışı obstruksiyonu ve yetersiz detrusor kontraktilesi arasında ayırım yapabilecek tek testtir ve bazı durumlarda cerrahiden önce yapılmalıdır:
  - yineleyen idrar akım hızı ölçümlerinde işeme hacmi <150 mL
  - Serbest idrar akım ölçümünde  $Q_{max} >15$  mL/s
  - >80 yaş erkeklerde AUSS varlığı
  - işeme sonrası rezidüel idrar >300 mL
  - nörojenik mesane disfonksiyonundan kuşku duyulması
  - radikal pelvik cerrahiden sonra
  - başarısız invaziv BPH tedavisinden sonra.
- Endoskopi: Üretro-sistoskopi (minimal-invaziv) cerrahiden önce prostatın şeklini ve boyutunu değerlendirmek üzere önerilmektedir; çünkü bu parametrelerin tedavi yönteminin seçimi üzerinde etkisi vardır. Ek olarak, hematüri, üretra darlığı, mesane kanseri veya alt üriner sistem cerrahisi öyküsü olan erkeklerde diğer AUSS patolojilerinin ayırıcı tanısı için de üretro-sistoskopi gereklidir.
- Üriner sistem görüntüleme: Kreatinin ölçümü yapıl-

mamış tüm erkeklerde tercihen ultrason ile yapılmalıdır. Ultrasonik görüntüleme üst üriner sistem dilatasyonunun saptanmasının yanı sıra böbrek tümörlerinin tanınmasını, mesanenin değerlendirilmesini ve prostat hacminin ölçülmesi ile birlikte işeme sonrası rezidüel idrarın değerlendirilmesini sağlar. Minimal invaziv tedaviden önce cerrahinin seçimi (TUIP, TURP veya açık prostatektomi) ya da  $5\alpha$ -redüktaz inhibitörleri ile tedaviden önce prostat boyutu ve şeklinin belirlenmesi için transabdominal veya transrektal (tercih edilen yöntem) ultrason yapılmalıdır.

- İşeme günlükleri : İşeme sıklığı ve hacmi ile ilgili objektif bilgi sağlamak için, genellikle 24 saatlik işeme günlüğü yeterlidir.

3. **Önerilmeyen:** Aşağıdaki testlerin standart BPH hastada tanısal tetkiklerde kullanılmasını destekleyecek kanıt yoktur: ekskretuar ürografi, dolum sistometrisi, retrograd üretrografi, bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans görüntüleme.

## **BPH Tedavisi**

Tedavinin amacı BPH ile ilişkili komplikasyonları önlemenin yanı sıra AUSS ve hastanın yaşam kalitesini iyileştirmektir.

1. **Gözlemleyerek beklemek (GB):** Hafif semptomları olan veya yaşam kalitesi üzerinde etkisi çok az olan ya da orta/ağır semptomatik hastalarda önerilmektedir. GB'nin uygun hale getirilmesi için güven verme, eğitim, periyodik monitörizasyon ve yaşam tarzı değişiklikleri önerilmektedir.
2. **Medikal tedavi:**
  - $\alpha$ -blokerler orta-ağır AUSS bulunan hastalarda tedavi seçeneğidir. Tüm  $\alpha_1$ -blokerlerinin (alfuzosin, doksazosin,

tamsulosin, terazosin) klinik yan etki profilleri benzerdir ancak yan etki profili alfuzosin ve tamsulosin lehinedir.

- $5\alpha$ -redüktaz inhibitörleri (finasterid veya dutasterid) orta/ağır AUSS ve prostat büyümesi (>30-40 mL) olan hastalar için tedavi seçeneğidir. Her iki ilaç da prostat hacmini %20-30 azaltmaktadır ve klinik etkinlikleri benzerdir.  $5\alpha$ -redüktaz inhibitörleri BPH progresyonunu önleyebilir. Özel sorunlar (uzun dönemli ilaç kullanımı, yan etkiler, maliyetler, prostat kanseri) hasta ile tartışılmalıdır.
- Bir  $\alpha$ -blokerin bir  $5\alpha$ -redüktaz inhibitörü ile kombinasyon tedavisinin bu iki etken madde ile uygulanan monoterapiye göre daha yararlı ve kalıcı olduğu görülmektedir. Kombinasyon tedavisi ile ilgili veriler finasterid ve doksazosinin analiz edildiği MTOPS çalışmasının sonuçları ile sınırlıdır.
- BPH hastalarında AUSS tedavisi için bitki ekstraktları henüz önerilememektedir. Bu ilaçlar daha ileri çalışmalar bağlamında uzun süreli randomize, plasebo kontrollü çalışmalarda değerlendirilmelidir.

### 3. Cerrahi tedavi:

- Birinci basamak cerrahi seçenekleri < 30 mL olan ve orta lobu bulunmayan prostatlar için transüretral prostat insizyonu (TUIP), prostat 30-80 mL olanlarda transüretral prostat rezeksiyonu (TURP), ve > 80 mL olanlarda açık prostatektomidir. Aşağıdaki hastalarda cerrahi tedavi seçilmelidir
  - medikal tedaviden sonra iyileşmeyen hastalar
  - medikal tedavi istemeyen ama aktif tedavi talep eden hastalar
  - tedavi için güçlü endikasyon bulunan hastalar (refrakter üriner retansiyon, BPH'ya bağlı böbrek ye-

tersizliği, mesane taşları, tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu, 5 $\alpha$ -redüktaz inhibitörlerine refrakter yineleyen hematüri).

- Transüretral elektrovaporizasyon (TUVP) özellikle küçük prostatı olan yüksek riskli hastalarda TURP'a alternatiftir.
- Lazer tedavileri (VLAP, ILC veya Holmium lazer rezeksiyonu gibi) genellikle invaziv BPH tedavisi gerektiren yüksek riskli hastalarda endikedir. Holmium lazer rezeksiyonu anatomik konfigürasyondan bağımsız olarak TURP'a ve açık prostatektomiye alternatiftir.
- Transüretral mikrodalga termoterapi (TUMT) artık ilaca yanıt vermeyen veya uzun süreli ilaç almak istemeyen hastalarda cerrahiden kaçınmak için kullanılır. TUMT ayrıca tekrarlayan üriner retansiyonu bulunan yüksek riskli hastalar için de uygundur.
- Prostatın transüretral iğne ile ablasyonu (TUNA) genel durumu cerrahiye uygun olmayan yüksek riskli hastalarda endikedir.

**4. Prostatik stentler:** Yalnızca tekrarlayan üriner retansiyonu olan yüksek riskli hastalarda ve diğer cerrahiye uygun olmayan hastalarda sondaya alternatif olarak endikedir. Enkrustasyon, üriner sistem enfeksiyonu veya kronik ağrı gibi komplikasyonlar sıklıkla ortaya çıkmaktadır.

**5. Yeni gelişen teknikler:** Yüksek yoğunluklu odaklı ultrason (HIFU), prostat kemoablasyonu, su ile indüklenen termoterapi (WIT) ve serum fizyolojik ortamında plazma enerjisi (PlasmaKinetic®) yalnızca klinik çalışmalarda kullanılmalıdır.

**6. Gereksiz yöntemler:** Balonla dilatasyon ve transrektal/transüretral hipertermi artık BPH tedavisi için önerilmemektedir.

## İzlem

BPH tedavisi alan tüm hastaların takip edilmesi gereklidir (GB dahil). İzlem planı, uygulanan tedavi tipine bağlıdır. Tablo 2 takibin zamanlamasıyla ilgili bir öneri olarak kullanılabilir.

**Tablo 1: BPH bulunan erkeklerin değerlendirilmesi**

Önerilen	Opsiyonel	Önerilmeyen
Tıbbi öykü	Basınç akım	Ekskresyon
Semptom skoru	çalışması	ürografisi
Fizik muayene	Endoskopi	Dolum sistometrisi
Laboratuvar	Üriner sistem	Retrograd
(PSA, kreatinin)	görüntüleme	üretrografi
İdrar tahlili	İşeme günlüğü	BT
İdrar akımı ölçümü		MRG
İşeme sonrası rezidüel idrar		

**Tablo 2: BPH tedavisinden sonra önerilen takip testleri**

Tedavi Yöntemi	Tedaviden sonraki ilk yıl			Daha sonra yılda bir kez
	6 hafta	12 hafta	6 ay	
BG	-	-	+	+
5- $\alpha$ redüktaz inhibitörü	-	+	+	+
$\alpha$ -blokerler	+	-	+	+
Cerrahi veya minimal invaziv tedavi	+	+	+	+

Bu kısa kitapçıkta, yayımlanmış kılavuzlar (Eur. Urol. 2004; 46:547-554) ve daha kapsamlı EAU kılavuzu (ISBN 978-90-70244-19-5) temel alınmıştır ve Avrupa Üroloji Derneği üyeleri websitelerinde - <http://www.uroweb.org> bu kılavuza erişebilir.