**Notă de curs: Hiperplazia benignă de prostată (HBP) (cu citări și linkuri)**

**1. Definiție**

Hiperplazia benignă de prostată (HBP) reprezintă o creștere benignă, non-malignă, a volumului prostatei, datorată proliferării celulelor epiteliale și stromale, în special în zona tranzițională periuretrală. Creșterea în volum determină comprimarea uretrei prostatice și apariția simptomelor de tract urinar inferior (Lepor, 2021).  
🔗 Medscape – BPH Overview https://emedicine.medscape.com/article/437359-overview

**2. Epidemiologie**

Prevalența HBP crește semnificativ cu vârsta. Aproximativ 50% dintre bărbații între 50–60 de ani și până la 90% dintre bărbații peste 80 de ani prezintă modificări histologice de HBP (Berry et al., 1984; McVary, 2021). Simptomele clinice devin mai evidente după 50 de ani, ceea ce face ca HBP să fie una dintre cele mai frecvente afecțiuni urologice la vârstnici.  
🔗 NIH – BPH Statistics https://www.niddk.nih.gov/health-information/urologic-diseases/benign-prostatic-hyperplasia

**3. Etiologie și factori de risc**

Factorii principali implicați sunt:

* **Modificările hormonale** – dihidrotestosteronul (DHT) joacă un rol central în proliferarea celulelor prostatice (McConnell, 1990).
* **Înaintarea în vârstă** – factorul determinant major.
* **Ereditatea** – predispoziția genetică poate crește riscul de HBP (Crawford, 2009).
* **Factorii de mediu și stil de viață** – obezitatea, sedentarismul, dieta bogată în grăsimi animale și consumul excesiv de alcool cresc riscul (Kristal & Schenk, 2008).

🔗 PubMed – Risk Factors for BPH https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19139025/

**4. Anatomie și patologie**

Prostata este o glandă situată sub vezica urinară, în jurul uretrei prostatice. În HBP, proliferarea are loc în zona tranzițională, ducând la apariția de noduli fibro-adenomatoși. Acest proces produce o **obstrucție dinamică** (prin tonus muscular crescut) și **obstrucție mecanică** (prin creștere volumetrică) (McNeal, 1988).  
🔗 [ScienceDirect – Prostate Anatomy and BPH](https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/benign-prostatic-hyperplasia)

**5. Manifestări clinice / simptome**

Simptomele se clasifică în două categorii:

* **Simptome iritative (de stocare)**: polakiurie, nicturie, urgență micțională, vezică hiperactivă (McVary, 2021).
* **Simptome obstructive (de golire)**: jet urinar slab, ezitare, întreruperea fluxului, senzație de golire incompletă (Lepor, 2021).

Complicațiile clinice pot include infecții recurente, hematurie și retenție urinară acută.  
🔗 AUA Guidelines – LUTS & BPH https://uroweb.org/guidelines/non-neurogenic-male-luts

**6. Diagnostic**

Evaluarea pacientului cu suspiciune de HBP se face prin:

* **Anamneză și scor IPSS** (International Prostate Symptom Score) pentru severitatea simptomelor.
* **Examen clinic**: tușeu rectal pentru evaluarea dimensiunii și consistenței.
* **Analize de laborator**: PSA pentru excluderea cancerului de prostată (Thompson, 2005).
* **Explorări imagistice**: ecografie transabdominală sau transrectală pentru volum și rezidu postmicțional.
* **Uroflowmetrie** pentru evaluarea fluxului urinar (Roehrborn, 2008).

🔗 EAU Guidelines – BPH Diagnosis https://uroweb.org/guidelines/non-neurogenic-male-luts

**7. Tratament conservator**

Pacienții cu simptome ușoare pot fi monitorizați prin **watchful waiting**. Recomandările includ reducerea aportului de lichide seara, evitarea alcoolului și cafelei, și exercițiul fizic regulat (McVary, 2021).  
🔗 NIH – BPH Treatment Options https://www.niddk.nih.gov/health-information/urologic-diseases/benign-prostatic-hyperplasia/treatment

**8. Tratament medicamentos**

* **Alfa-blocante** (tamsulosin, alfuzosin) – relaxează fibrele musculare și îmbunătățesc fluxul urinar.
* **Inhibitori de 5-alfa-reductază** (finasteridă, dutasteridă) – reduc volumul prostatic prin scăderea DHT.
* **Terapie combinată** – indicată în cazuri severe (McConnell et al., 2003).
* **Fitoterapie** – extracte din Serenoa repens, eficiență discutabilă (Barry, 2006).

🔗 PubMed – Pharmacological Treatment of BPH https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12527676/

**9. Tratament chirurgical și minim invaziv**

* **TURP (rezecția transuretrală a prostatei)** – standard de aur.
* **Laser (enucleare, vaporizare)** – recuperare rapidă, mai puține hemoragii.
* **Adenomectomie clasică** – rezervată prostatei foarte mari (>80–100 g).
* **Proceduri noi**: UroLift, ablație cu abur, microunde (McVary, 2021).

🔗 AUA – Surgical Management of BPH https://www.auanet.org/guidelines-and-quality/guidelines/benign-prostatic-hyperplasia-lower-urinary-tract-symptoms-guideline

**10. Complicații**

HBP netratată poate duce la:

* Retenție urinară acută sau cronică
* Infecții recurente
* Litiază vezicală
* Hidronefroză și insuficiență renală (Roehrborn, 2008)

🔗 NCBI – Complications of BPH

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558920/

**11. Prognostic**

Prognosticul HBP este favorabil, cu tratament adecvat. Calitatea vieții se îmbunătățește semnificativ după intervenție. Recidivele sunt rare, dar posibile la pacienții cu factori de risc netratați (Lepor, 2021).  
🔗 Medscape – Prognosis of BPH

https://emedicine.medscape.com/article/437359-overview

**12. Recomandări clinice și ghiduri**

* **EAU Guidelines (2023)** recomandă monitorizare, terapie medicamentoasă sau intervenții chirurgicale în funcție de severitatea simptomelor.
* **AUA Guidelines (2021)** oferă recomandări pentru SUA.  
  Abordarea trebuie personalizată după vârstă, comorbidități și preferințe (McVary, 2021).  
  🔗 EAU Guidelines – Non-neurogenic Male LUTS/BPH

https://uroweb.org/guidelines/non-neurogenic-male-luts

**Bibliografie**

* Barry, M.J. (2006). Epidemiology and natural history of benign prostatic hyperplasia. *Urologic Clinics of North America*, 33(3), 295–306.
* Berry, S.J., Coffey, D.S., Walsh, P.C., & Ewing, L.L. (1984). The development of human benign prostatic hyperplasia with age. *Journal of Urology*, 132(3), 474–479.
* Crawford, E.D. (2009). Epidemiology of benign prostatic hyperplasia. *Urology*, 73(5), S4–S10.
* Kristal, A.R., & Schenk, J.M. (2008). Dietary factors and benign prostatic hyperplasia. *Current Opinion in Urology*, 18(1), 41–46.
* Lepor, H. (2021). Pathophysiology, clinical features, and diagnosis of benign prostatic hyperplasia. *Medscape*. Disponibil la: https://emedicine.medscape.com/article/437359-overview
* McConnell, J.D. (1990). The pathophysiology of benign prostatic hyperplasia. *Journal of Andrology*, 11(6), 358–362.
* McConnell, J.D., et al. (2003). The long-term effect of doxazosin, finasteride, and combination therapy on the clinical progression of BPH. *New England Journal of Medicine*, 349(25), 2387–2398.
* McNeal, J.E. (1988). Normal and pathologic anatomy of prostate. *Urology*, 32(4), 3–12.
* McVary, K.T. (2021). BPH: Clinical manifestations and management. *UpToDate*.
* Roehrborn, C.G. (2008). Pathology of benign prostatic hyperplasia. *International Journal of Impotence Research*, 20(S3), S11–S18.
* Thompson, I.M., et al. (2005). Prevalence of prostate cancer among men with a PSA ≤4.0 ng/mL. *New England Journal of Medicine*, 350(22), 2239–2246.

**Schema comparativă extinsă HBP vs. Cancer de prostată** în două forme:

1. **Tabel comparativ detaliat** (pentru curs / învățare)
2. **Hartă conceptuală vizuală (mind-map)** – pentru recapitulare rapidă

**Tabel comparativ: HBP vs Cancer de prostată**

| **Caracteristică** | **Hiperplazia benignă de prostată (HBP)** | **Cancerul de prostată** |
| --- | --- | --- |
| **Natura bolii** | Proliferare benignă, fără risc de metastază (McConnell, 1990) | Tumoră malignă, potențial invaziv și metastatic (Mottet et al., 2024) |
| **Localizare** | Zona tranzițională periuretrală (McNeal, 1988) | Zona periferică a prostatei (Mottet et al., 2024) |
| **Vârsta tipică** | > 50 ani, prevalență crescândă cu vârsta (Berry et al., 1984) | > 65 ani, vârsta medie la diagnostic ≈ 66 ani (Rawla, 2019) |
| **Simptome** | Tulburări de micțiune: polakiurie, nicturie, jet slab, retenție urinară (McVary, 2021) | Asimptomatic inițial; ulterior: hematurie, dureri osoase, scădere ponderală (Carroll et al., 2023) |
| **PSA** | Poate fi normal sau ușor crescut (Thompson et al., 2005) | Adesea crescut; corelat cu volumul tumoral (Mottet et al., 2024) |
| **Diagnostic** | IPSS, tușeu rectal, ecografie, uroflowmetrie (Roehrborn, 2008) | PSA, IRM multiparametric, biopsie prostatică (Mottet et al., 2024) |
| **Histologie** | Noduli fibro-adenomatoși, proliferare benignă (McNeal, 1988) | Adenocarcinom acinar, scor Gleason (Mottet et al., 2024) |
| **Evoluție** | Creștere lentă, benignă, fără metastaze (McVary, 2021) | Variabilă: de la lentă la agresivă, metastaze osoase frecvente (Carroll et al., 2023) |
| **Tratament conservator** | Watchful waiting, modificări de stil de viață (McVary, 2021) | Monitorizare activă doar în forme cu risc scăzut (Klotz, 2023) |
| **Tratament medicamentos** | Alfa-blocante, inhibitori 5-alfa-reductază (McConnell, 2003) | Hormonoterapie (ADT), chimioterapie, noi terapii (NCCN, 2024) |
| **Tratament chirurgical** | TURP, laser, adenomectomie (AUA, 2021) | Prostatectomie radicală, radioterapie (Mottet et al., 2024) |
| **Prognostic** | Favorabil, calitatea vieții influențată de simptome (Lepor, 2021) | Foarte bun în stadii incipiente (>90% supraviețuire 10 ani), rezervat în metastaze (Mottet et al., 2024) |

**Hartă conceptuală vizuală (mind-map)**

Structura:

* **Patologie prostatică**
  + 🔹 **HBP (benignă)**
    - Cauză: proliferare celulară benignă în zona tranzițională
    - Simptome: LUTS (micțiune frecventă, jet slab, retenție)
    - Diagnostic: IPSS, ecografie, PSA, uroflowmetrie
    - Tratament: watchful waiting, alfa-blocante, TURP/laser
    - Prognostic: favorabil, fără metastaze
  + 🔹 **Cancer de prostată (malign)**
    - Cauză: adenocarcinom în zona periferică
    - Simptome: asimptomatic → metastaze (dureri osoase, scădere ponderală)
    - Diagnostic: PSA, IRM, biopsie, Gleason
    - Tratament: prostatectomie, radioterapie, hormonoterapie
    - Prognostic: variabil, depinde de stadiu și scor Gleason