

IL TRASFERIMENTO ENERGETICO CAPACITIVO NELL'ADENOMA DELLA PROSTATA

J.R. Bordas Serrat e Sig.ra Dory Martinez

Unità di Fisioterapia Centro Medico "Fabra i Puig" Paseo Fabra i Puig 326, Entlo. 2.^a Barcellona

RIASSUNTO

Questo studio si propone di verificare l'efficacia della Tecarterapia, trasferimento energetico capacitivo nel trattamento dell'adenoma della prostata, allo scopo di bypassare la soluzione chirurgica della patologia. Dai risultati rilevati su 46 casi è emersa una riduzione del volume prostatico e l'eliminazione dei sintomi, nonché un aumento della potenza sessuale nel 80,43% dei casi. Classicamente l'adenoma della prostata richiede un trattamento radicale: di tipo chirurgico. Fuller, già nel 1884, praticò la prima enucleazione totale per via soprapubica. Nel 1903, Yong praticò la enucleazione per via perineale. Nel 1930, Mc Carty mette in pratica l'elettroresezione e Millan, nel 1947, la completa con la via rettopubica, che si utilizza ancora oggi senza grandi variazioni. Col nuovo metodo a Trasferimento Energetico Capacitivo si può evitare la prostatectomia, o procrastinarne l'urgenza, evitando tutti gli inconvenienti del caso, non solo per i pazienti ad alto rischio chirurgico, ma anche per i pazienti con altre patologie. La prostata è sita nella base vescicale del tratto posteriore dell'uretra, la sua parte superiore è in relazione con lo sfintere liscio della regione del collo vescicale. Il suo estremo inferiore è abbracciato a semiluna tramite lo sfintere striato, che è già una formazione anulare. Il dotto seminale la attraversa a metà apparendo poi nella uretra posteriore al livello del verum, conferendo alla sua patologia una semiologia urinaria. In ogni lato e lungo l'uretra posteriore, ci sono gli orifizi nei quali sboccano le ghiandole prostatiche. Importante è lo stroma muscolare, formato da fibre lisce. Forma una struttura molto vascolarizzata dalla quale partono tramezzi in direzione centrale, dividendo i lobi. Lo stroma è più abbondante nella parte cervicale. Dalla proporzione e stabilità dello stroma ghiandolare dipende la normalità prostatica. Il suo disequilibrio sarebbe, per alcuni autori, l'origine dell'iperplasia, che inizierebbe dallo stroma e procederebbe poi verso gli elementi ghiandolari. L'irrorazione della prostata viene garantita dall'arteria ipogastrica, attraverso la vena vescicale inferiore, e in modo complementare, da una diramazione dell'emorroidaria mediana e della pudenda interna. Il plesso periprostatico è molto importante e la sua normalità o ipertrofia può essere rilevato con l'analisi ecografica. È una componente che interviene in molte iperplasie. La patologia più frequente a partire dai 50 anni, è la ipertrofia prostatica. Non si conosce la sua origine e quindi non si può neppure trovare una profilassi e un trattamento specifico. Si pensa che le cause che influiscono sulla ipertrofia prostatica benigna siano:

- 1. ipertrofia;*
- 2. infiammazione (acuta, poiché quella cronica crea una diminuzione dello spessore);*
- 3. fibroadenoma;*
- 4. prostatite granulomatosa specifica o non;*
- 5. cisti prostatiche (residui del condotto di Wolff);*
- 6. cisti acquisite o di ritenzione;*
- 7. adenoma cistico.*

PAROLE CHIAVE

Adenoma della prostata, ipertrofia prostatica.

MATERIALI E METODI

Qui di seguito viene esposta una casistica di 46 casi (Tabella 1), che riguarda un periodo di tempo che va da gennaio del 1987 a giugno 1989. Questi pazienti venivano trattati con il Trasferimento Energetico Capacitivo e le sedute duravano circa 20 minuti, a giorni alterni, in base alla diversa situazione patologica.

L'età era compresa tra i 43-66 anni, con una media intorno ai 60 anni.

L'adenoma della prostata si associava a emorroidi in 17 casi, (40% dei pazienti).

Il numero delle sedute necessarie variava da 3 a 15, con una media di circa 6 sedute.

CONCLUSIONI

I risultati sono stati molto incoraggianti per l'applicazione sistematica di questa nuova terapia non traumatica e non invasiva.

Nell'80,43% dei casi i risultati sono stati eccellenti essendosi ottenuto oltre alla riduzione del volume ghiandolare la eliminazione della sintomatologia caratteristica della sindrome e un aumento della potenza sessuale. In un 10% dei pazienti l'effetto era più strettamente correlato ad un solo dei tre parametri sopracitati. In ogni

caso tutti i pazienti hanno riferito un generico e globale miglioramento della sintomatologia.

BIBLIOGRAFIA

1. COLE A.J., EAGLESTONE M.A.: The benefits of deep heat. *Ultrasound and Electromagnetic Diathermy. Physic. Sportsmedicine* 1994; 22: 77-88
2. GRIBAUDO C.G., ASTEGIANO P., CANALA GL, GANZIT GP: trattamento con ipertermia a trasferimento energetico resistivo e capacitivo di lesioni muscolo scheletriche acute e croniche: risultati preliminari in "Radiazioni in medicina: qualità e sicurezza". Atti del Congresso - Fisica Sanitaria - n. 1/97 gennaio/marzo; 379-381
3. MCMEEKEN J.: *Electrotherapy in: Zuluaga e al. Eds. Sportphysiotherapy. Applied Science & practice. Melbourne: Churchill Livingstone* 1995, 233-
4. LEY A., CLADELLAS J.M., DE LAS HERAS P. ET AL.: *Trasferencia electrica capacitiva (TEC). Tecnica no invasiva de Hypertermia profunda en el tratamiento de los gliomas cerebrales. Resultados preliminares. Neurochirurgia* 1992; 3: 118-123

Tabella 1. ADENOMA DELLA PROSTATA: TRATTAMENTI

RISULTATI	N° DEI CASI	%
SENZA MIGLIORAMENTI	0	0
BUONI O ACCETTABILI	4	8,69
MOLTO BUONI	5	10,86
ECCELLENTI	37	80,43