

Manajemen Umum pada Pasien Benign Prostatic Hyperplasia

Dito Dewantoro Satriawan & Diana Wijayanti & Meta Maulida Damayanti

Prodi Pendidikan Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Islam Bandung,

Bandung, Indonesia

email: ditotiga51@yahoo.co.id, dianawijayati5@gmail.com, metamaulida@gmail.com

ABSTRACT: The etiology of BPH has not been proven with certainty, however, there are risk factors for BPH that can make this condition. Where the risk factors are divided into 2, there are non-modifiable and modifiable. Where the non-modifiable ones are age, geography, and genetics. Meanwhile, the modifiable ones are steroidal sex hormone, metabolic syndrome, obesity, diabetes, physical activity, diet, and inflammation. However, there are possible causes of BPH, such as the hormone dehydrotestosterone, imbalanced estrogen and progesterone, interaction of prostatic stromal and epithelial cells, and reduced cell apoptosis. Therefore a general management is needed to manage the symptoms in BPH patients.

ABSTRAK: Etiologi BPH belum dibuktikan dengan pasti, akan tetapi ada faktor risiko dari BPH yang bisa menjadikan keadaannya seperti itu. Dimana faktor risikonya dibagi menjadi 2, ada yang non-modifiable dan modifiable. Dimana yang non-modifiable yaitu usia, geografis, dan genetik. Sedangkan yang modifiable yaitu steroidal sex hormone, metabolic syndrome, obesity, diabetes, physical activity, diet, dan inflammation. Namun terdapat penyebab yang kemungkinan besar bisa terjadinya BPH, yaitu seperti hormone dehidrotestosteron, imbalanced estrogen and progesteron, Interaksi sel stroma dan epitel prostat, serta berkurangnya proses apoptosis sel. Oleh karena itu diperlukan manajemen umum untuk mengatasi gejala-gejala pada pasien BPH.

1 PENDAHULUAN

Etiologi BPH belum dibuktikan dengan pasti, akan tetapi ada faktor risiko dari BPH yang bisa menjadikan keadaannya seperti itu. Dimana faktor risikonya dibagi menjadi 2, ada yang *non-modifiable* dan *modifiable*. Dimana yang *non-modifiable* yaitu usia, geografis, dan genetik. Sedangkan yang *modifiable* yaitu *steroidal sex hormone, metabolic syndrome, obesity, diabetes, physical activity, diet, dan inflammation*.

Sebagian dari pria yang usia lanjut mengalami pembesaran prostat jinak dan dialami oleh 50%-70% laki-laki dengan umur 50 tahun keatas dan bisa meningkat mencapai 80% pada laki-laki umur 70 tahun keatas. Sebenarnya terdapat penyebab yang kemungkinan besar bisa terjadinya BPH, yaitu seperti hormone dehidrotestosteron, *imbalanced estrogen and progesteron*, Interaksi sel stroma dan epitel prostat, serta berkurangnya proses apoptosis sel.

Dehidrotestosteron adalah metabolit androgen yang terbentuk dari testosteron didalam *prostate cell* oleh *5-alpha reductase enzyme* dengan bantuan *nicotinamide adenine dinucleotide phosphate (NADPH) coenzym*. DHT yang

terbentuk, lalu berikatan dengan reseptor androgen (RA) dan akhirnya membuat kompleks DHTRA pada inti di sel. Setelah itu terjadi sintesis protein faktor pertumbuhan yang akan membuat adanya pertumbuhan sel epitel prostat. Pada kasus BPH, dimana terjadi banyak aktivitas *5-alpha reductase enzyme* dan jumlah *androgen receptor* yang mengakibatkan replikasi sel melebihi batas normal. Semakin bertambahnya umur, jumlah dari testosteron cenderung menurun sedangkan jumlah estrogen meningkat. Dimana estrogen ini bekerja dengan cara meningkatkan jumlah *androgen receptor* dan menurunkan *cell apoptosis*. Lalu hormon androgen ini yang berperan dalam menghambat proses kematian sel.

2 TINJAUAN PUSTAKA

Tujuan utama manajemen pada pasien BPH yaitu untuk memperbaiki *quality of life* pasien. Terapi yang diberikan pada pasien dapat berdasarkan kondisi pasien, adanya fasilitas setempat, dan derajat keluhan.

Konservatif	Medikamentosa	Pembedahan		Kondisi Khusus
		Invasif	Terbuka	
<ul style="list-style-type: none"> • Watchful Waiting • Life style advice education 	<ul style="list-style-type: none"> • α-blocker • 5α-reductase inhibitor • PDE5 Inhibitor • Terapi Kombinasi • Fitoterapi 	<ul style="list-style-type: none"> • TURP • TUJP • TUEP • TUEvP • Laser • TUMT • TUNA • Stent • Etanol • Botulinum Toxin Injection • Laparaskopi/Robotik 	<ul style="list-style-type: none"> • Transvesikal • Retropubik 	<ul style="list-style-type: none"> • TWOC • CIC • Sistostomi • Kateter menetap

Konservatif.

Terapi konservatif yang ada pada BPH yaitu seperti watchful waiting, dimana pasien tidak diterapi apa-apa namun tetap diobservasi dari keadaan penyakitnya sama dokter. Pilihan dengan tidak diterapi apa-apa ini ditujukan untuk pasien BPH dengan IPSS score <7, dimana keluhan tersebut ringan dan tidak mengganggu aktivitas sehari-hari.⁴ Pada watchful waiting, pasien diberikan pengarahan tentang apapun yang mungkin dapat memperburuk dari keluhannya, seperti tidak boleh banyak mengonsumsi alkohol/kopi setelah makan malam, mengurangi konsumsi minuman/makanan yang bisa membuat iritasi pada kandung kemih, dilakukan penanganan konstipasi, buang air kecil jangan ditahan, dan dibatasinya pengonsumsi obat influenza yang mengandung fenilpropanolamin.

Medikamentosa.

Terapi medikamentosa diberikan untuk pasien BPH dengan skor IPSS >7. Macam-macam obat yang digunakan yaitu: 1. *Alpha 1-blocker*, yang bertujuan menghambat kontraksi *smooth muscle prostate*, sehingga dapat mengurangi *uretral* dan *neck of bladder tone resistance*. Obat yang tersedia yaitu seperti doksazosin, tamsulosin, dll yang cukup diberikan sekali dalam 1 hari. Obat seperti ini dapat mengurangi keluhan perkemihan dan mampu memperbaiki skor gejala berkemih sampai 30-45% dan Qmax sampai 15-30%.⁴ 2. 5 α -reductase inhibitor, yaitu bekerja dengan cara menginduksi dari proses *prostate epithelial cell apoptosis* yang dapat menurunkan volume

prostat sampai 20-30%. Obat ini juga dapat menurunkan jumlah PSA sampai 50% dari nilai awal sehingga perlu diperhatikan pada saat pendeteksian kanker prostat. Ada 2 jenis dari obat ini, yaitu finasteride dan dutasteride. 3. *Muscarinic receptor antagonist*, yaitu pengobatan yang bertujuan untuk menghambat stimulasi *muscarinic receptor* sehingga akan mengurangi kontraksi *bladder smooth muscle cell*. Beberapa obat antagonis yang ada yaitu fesoterodine fumarate, propiverine HCL, solifenacin succinate, dan tolterodine 1-tartrate. Fungsi utama dari obat ini untuk memperbaiki gejala perkemihan. 4. Phosphodiesterase 5 inhibitor, yaitu berfungsi untuk meningkatkan konsentrasi dari aktivitas cyclic guanosine monophosphate (cGMP) intraseluler, sehingga tonus otot polos detrusor, prostat, dan uretra bisa berkurang. Saat ini ada 3 jenis PDE5 Inhibitor yaitu sildenafil, vardenafil, dan tadalafil. 5. α 1-blocker yang dikombinasikan dengan 5 α -reductase inhibitor, bertujuan untuk mendapatkan efek sinergis dari kedua golongan obat tersebut, sehingga dapat menaikkan efektivitas dalam memperbaiki keluhan perkemihan. Terapi ini diberikan untuk pasien dengan keluhan LUTS sedang sampai berat dan mempunyai risiko progresi, yaitu PSA-nya tinggi, lansia, dan volume prostat besar. Terapi ini juga hanya direkomendasikan untuk pengobatan jangka panjang (lebih dari 1 tahun).⁴ 6. α 1-blocker yang dikombinasikan dengan antagonis reseptor muskarinik, bertujuan untuk mengeblok kolinoreseptor muskarinik (M2 dan M3) dan α 1-adrenoceptor pada *lower urinary tract*. Terapi ini berfungsi untuk menurunkan frekuensi berkemih, skor gejala IPSS, memperbaiki kualitas hidup, nokturia, urgensi, dan inkontinensia. 7. Fitofarmaka, yang merupakan ekstrak dari tumbuh-tumbuhan tertentu dapat digunakan untuk memperbaiki gejala, akan tetapi dalam data farmakologis tentang kandungan zat aktif yang bisa mendukung mekanisme kerja obat fitoterapi sampai sekarang belum diketahui secara pasti. Fitoterapi yang banyak dipasarkan yaitu seperti hypoxis rooperi, radix urtica, dll.

Pembedahan.

Indikasi dilakukannya pembedahan, yaitu untuk pasien BPH yang sudah terdapat komplikasi, seperti hematuria makroskopik *recurrent*, *urolithiasis*, penurunan fungsi ginjal dikarenakan

obstruksi akibat BPH, perubahan patologis pada *bladder* dan *upper urinary tract*, retensi urine akut, gagal TwoC, dan infeksi saluran kemih *recurrent*.⁶ Indikasi lain untuk terapi ini adalah keluhan perkemihan sedang sampai berat, tidak terdapat tanda-tanda perbaikan setelah pemberian terapi konservatif ataupun medikamentosa, dan ketika pasien yang bersangkutan menolak pemberian terapi medikamentosa.

3 SIMPULAN

Manajemen umum untuk terapi BPH sangatlah bervariasi yaitu terutama ada dengan konservatif, medikamentosa, pembedahan, serta untuk kondisi khusus.