



RIASSUNTO

In questo studio è stata esaminata la possibilità di utilizzare un medicinale omotossicologico in sostituzione dei farmaci allopatrici nel controllo dell'ipertrofia prostatica benigna.

L'impiego del medicinale *low dose* composto Probios ha ottenuto benefici sui diversi parametri esaminati della struttura e della funzionalità prostatica.

I componenti di Probios hanno compensato le alterazioni strutturali e funzionali della prostata; alcuni di essi hanno contribuito al compenso funzionale di sintomatologie extra-prostatiche. Lo studio è stato eseguito su un campione di 98 pazienti nell'arco di 15 anni.

Anche nei pazienti esaminati per molti anni, Probios non ha evidenziato alcun effetto collaterale indesiderato.

Al contrario, un gruppo di pazienti, venuti alla nostra osservazione per patologie non urologiche e trattato con finasteride, ha accusato alcuni benefici sull'ipertrofia prostatica, ma molti effetti collaterali avversi.

– In conclusione, riteniamo che il trattamento dell'ipertrofia prostatica benigna con il medicinale Probios sia un'alternativa efficace all'impiego di farmaci allopatrici nella patologia prostatica benigna.

PAROLE CHIAVE IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, ADENOMA PROSTATICO, TERAPIA OMOTOSSICOLOGICA, PROBIOS, FINASTERIDE

SUMMARY: In the present study the homotoxicological medicine Probios has been utilized to control the hypertrophic prostate or the prostatic adenoma. 98 patients have been examined during 15 years. Parameters such as Total and Free PSA, their ratio, rectal exploration of prostate, transrectal ultrasound of prostate and a Questionnaire concerning the urinary modality of excretion have been analyzed.

– All these parameters improved with time. Patients treated with Finasteride, stopped the administration of this drug due to its adverse collateral effects and started the treatment with Probios with good results, and without any negative side effect.

KEY WORDS: BENIGN HYPERTROPHIC PROSTATE, PROSTATE ADENOMA, HOMOTOXICOLOGICAL THERAPY, PROBIOS, FINASTERIDE

E. Riva Sanseverino,
P. Castellacci

FISIOPATOLOGIA E TERAPIA OMOTOSSICOLOGICA DELL'IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA

PHYSIOPATHOLOGY AND HOMOTOXICOLOGICAL THERAPY OF BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY

INTRODUZIONE

Richiami anatomici

La prostata è un organo ghiandolare, impari e mediano, situato nella piccola pelvi tra la base della vescica e il diaframma urogenitale, dietro la sinfisi pu-

bica e davanti all'ampolla rettale. È attraversata a pieno spessore, dall'alto in basso, dalla prima porzione dell'uretra (uretra prostatica) nella quale essa riversa, durante l'eiaculazione, il proprio secreto (secreto prostatico) tramite numerosi dotti escretori. Nella parte postero-superiore è attraver-

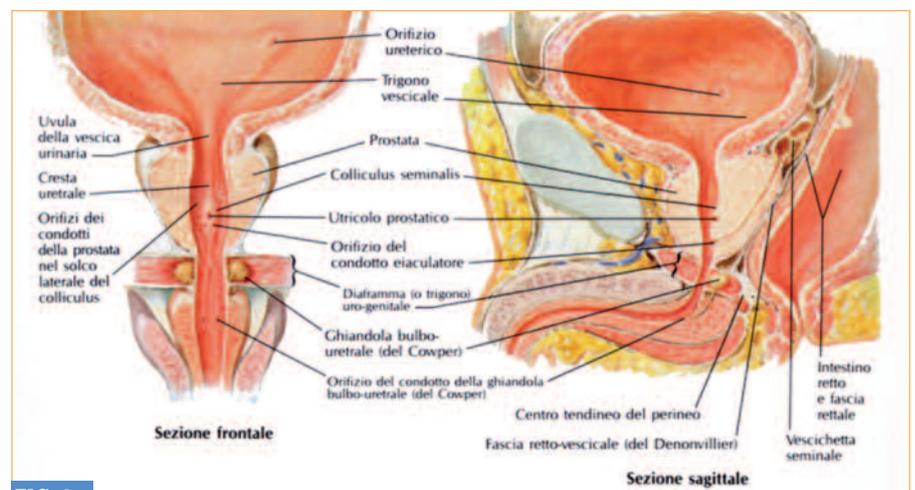


FIG. 1

Richiami anatomici della prostata ed organi vicini.

– Da Netterimages. Elsevier inc., 2005-2012.

sata, obliquamente, anche dai condotti eiaculatori (FIG. 1).

Posteriormente è in intimo contatto con la faccia anteriore dell'ampolla rettale, esistendo tra i due organi solo la fascia rettovescicale.

Ciò consente di palpare la prostata mediante l'esplorazione rettale.

Superiormente la base della prostata aderisce in avanti alla vescica urinaria nella zona del meato uretrale interno e del trigono, mentre posteriormente è in rapporto con le ampolle deferenziali, con l'apice delle vescichette seminali e con i condotti eiaculatori.

I nervi diretti alla prostata derivano dal plesso ipogastrico e formano il ricco plesso prostatico, nel quale sono presenti piccole formazioni gangliari.

Nella capsula prostatica sono presenti numerose terminazioni sensitive e corpuscoli di Pacini.

– In età senile l'organo può subire un notevole aumento di volume (ipertrofia prostatica senile), causando difficoltà alla minzione per compressione della porzione prostatica dell'uretra.

Funzioni del secreto prostatico

Il secreto prostatico è un liquido latte-scente con pH di 6,5-6,8, peso specifico 1027, e rappresenta il 30% del volume eiaculato. Contiene Zinco, Acido citrico, Carnitina, l'Antigene prostatico specifico totale e libero, l'*Epidermal Growth Factor* (EGF), le Prostaglandine E e F e numerosi enzimi.

1. Zinco

Gli ormoni androgeni esercitano un forte stimolo sulla secrezione di Zinco da parte della prostata.

Questo elemento provvede a:

- sostenere la riduzione enzimatica del testosterone a diidrotestosterone
- favorire il metabolismo energetico dello spermatozoo
- stabilizzare la cromatina nucleare
- esercitare un'azione batteriostatica
- esercitare un'azione anti-flogistica.

2. Acido citrico

È responsabile dei processi di coagulazione e di liquefazione dello sperma, partecipando all'equilibrio osmotico del liquido seminale.

3. Carnitina

Sintetizzata dal fegato, giunge alla prostata per il 15%; trasferita nel liquido epididimario, penetra negli spermatozoi e subisce immediatamente un'acetilazione; in tal modo costituisce una fonte di energia per i processi maturativi finali degli spermatozoi; un deficit del processo di acetilazione può interferire sulla motilità degli spermatozoi con conseguente astenospermia.

4. Antigene prostatico specifico (PSA)

Il PSA è una glicoproteina secreta dalla prostata; l'antigene è definito **totale** perché rappresenta la somma del PSA circolante coniugato e il PSA circolante non coniugato; nel circolo sanguigno presenta un valore stabile di 2-5 ng/mL di siero.

Questa glicoproteina non è stata mai trovata nella femmina, né in alcun altro tessuto del maschio.

Essa subisce un incremento fisiologico con l'età, aumentando di circa 0,75 ng/anno.

Si ritiene comunemente che il suo valore sia di 2 ng/mL nel decennio 40-49, 3 ng/mL nel decennio 50-59, 4 ng/mL nel decennio 60-69 e 5 ng/mL oltre i 70 anni.

– Il **PSA free** è una glicoproteina presente nel sangue in forma **libera, non coniugata**.

È presente nel tessuto prostatico normale, ipertrofico o neoplastico.

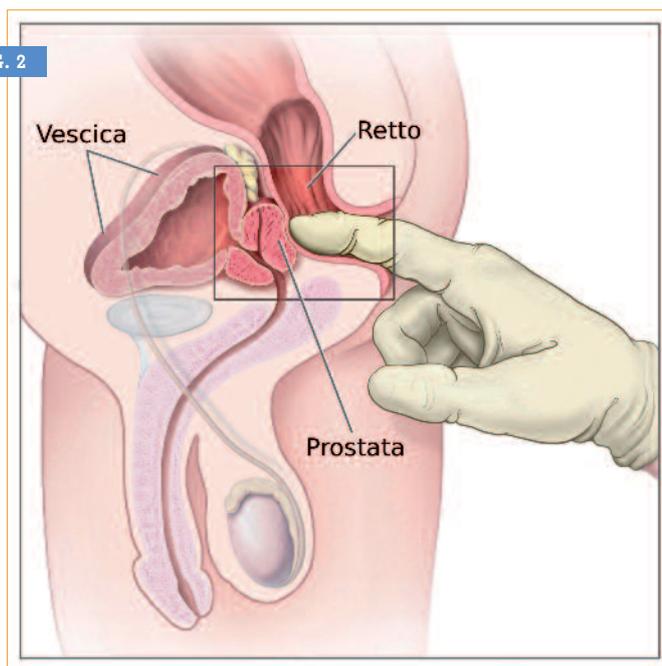
Il rapporto PSA *free*/PSA totale è necessario ai fini di una corretta valutazione della condizione del paziente. Il rapporto tra i due valori ha un *range* da 0 a 30; un valore di 15 viene considerato una condizione non patologica; un valore superiore a 20 è indice di ipertrofia prostatica benigna; un valore minore di 10 è fortemente indicativo di un carcinoma prostatico.

5. Epidermal Growth Factor (EGF)

Tra i più noti fattori di crescita, l'EGF è

FIG. 2

Esecuzione dell'esplorazione rettale.
– La posizione più opportuna per il paziente è quella di giacere su un fianco con le cosce e le gambe in flessione.



File: Digital rectal exam IT.jpg.

– Versione originale:

Digital rectal exam nci-vol-7136-300.jpg. Autore: Adert.

	Mai	Meno di una volta su 5	Meno della metà delle volte	Circa la metà delle volte	Più della metà delle volte	Quasi sempre
1. Nel corso delle ultime 2 settimane quante volte ha...						
A... avuto la sensazione al termine della minzione, di non aver svuotato completamente la vescica?	0	1	2	3	4	5
B... dovuto urinare di nuovo meno di 2 ore dopo aver urinato una prima volta?	0	1	2	3	4	5
C... interrotto e ripreso a urinare diverse volte durante una singola minzione?	0	1	2	3	4	5
D... avuto difficoltà a rimandare la minzione?	0	1	2	3	4	5
E... osservato un getto debole di urina?	0	1	2	3	4	5
F... dovuto "spingere" o far fatica per iniziare a urinare?	0	1	2	3	4	5
	Mai	1 volta	2 volte	3 volte	4 volte	≥ 5 volte
2. Nel corso dell'ultimo mese, quante volte in media si è alzato dal letto durante la notte per urinare (non comprenda in questo conteggio la prima minzione dopo il risveglio al mattino)?	0	1	2	3	4	5
Punteggio di valutazione dei sintomi (somma dei punti alle varie risposte):						
0-7 = prostatismo lieve 8-18 = prostatismo di gravità intermedia 19-35 = prostatismo grave						

TAB. 1

Questionario dell'*American Urological Association* per definire il punteggio di valutazione dei sintomi in pazienti affetti da ipertrofia prostatica benigna. Il paziente indica con una "X" la casella corrispondente ai propri sintomi.

un peptide di 53 aminoacidi con peso molecolare di 6.000 Dalton.

Viene secreto dalla prostata sotto stimolo androgenico ed ha un forte potere mitogeno.

– Un'ipotesi accreditata indica che un deficit di questo peptide possa essere responsabile di sterilità. Altra ipotesi riferisce un suo possibile coinvolgimento nella patogenesi dell'ipertrofia prostatica benigna o dell'adenoma prostatico.

6. Prostaglandine

Quelle del gruppo E e F sono presenti nel liquido prostatico (von Euler, 1967).

Vengono considerate come mediatori chimici locali ad azione favorente la motilità dei nemaspermi.

Semeiologia prostatica ed esami specifici

Comprende una serie di esami e di valutazioni parametriche, come il dosaggio sierico del PSA totale e *free*, l' esplorazione rettale della prostata, il Questionario suggerito dall'*American Urological Association*, l'ecografia dell'addome inferiore per la definizione dei parametri volumetrici, i picchi di flusso urinario, l'esame citobatterologico del secreto prostatico, l'esame citologico urina-

rio e l'esame citologico da aspirazione transrettale con ago di Franzen.

– Nel presente studio sono stati presi in considerazione i primi quattro esami.

1. Dosaggio sierico dell'antigene prostatico specifico, totale (PSA) e libero (PSA *free*) e loro rapporto (PSA *free*/PSA totale)

L'esame del PSA totale può mettere in evidenza falsi negativi, quando i valori espressi sono eguali ovvero inferiori al range di normalità.

Al contrario, riveste valore diagnostico quando i valori espressi superano il range normale.

Il valore del PSA *free*, se alterato, sugge-

risce la presenza di cellule neoplastiche.

È di grande aiuto diagnostico il valore del loro rapporto, di norma tra 15 e 20.

2. Esplorazione rettale

È considerato il primo approccio semeiologico. La tecnica è molto semplice ed illustrata in FIG. 2.

Eseguita come singolo approccio semeiologico, può permettere di porre diagnosi di **elevata probabilità**.

– In condizioni normali e nell'ipertrofia prostatica benigna, la palpazione della prostata mediante esplorazione rettale è generalmente non dolente (con sensibilità individuale variabile) e libera da formazioni nodulari; la palpazione è **vi-vamente** dolorosa con presenza di formazioni nodulari nei processi patologici acuti come nelle prostatiti e negli ascessi; il dolore è profondo nelle neoplasie maligne.

3. Questionario dell'American Urological Association

Tale Questionario è molto utile, specialmente negli studi medici privati o con-

venzionati, dove raramente sono eseguibili esami specialistici (TAB. 1).

4. Ecografia dell'addome inferiore

Si tratta di un esame, non invasivo, da consigliare frequentemente per controlli ravvicinati in patologie prostatiche sospette. La via transpubica è superata da molti anni dalla via transrettale la quale permette di ottenere:

- una valutazione globale della ghiandola
- la sua ecostruttura
- i suoi contorni
- la sede del collo vescicale e dello spazio perivescicale
- la visualizzazione delle vescichette seminali.

SCOPO DELLO STUDIO

L'ipertrofia prostatica benigna è presente nella quasi totalità degli anziani: la terapia convenzionale farmacologica (alfa 1-bloccanti, finasteride, 5 alfa-reduktasi) è controversa per gli effetti collaterali indesiderati e spesso si rivela terapia palliativa; la terapia chirurgica (resezione transpubica, resezione transure-

trale) ha prodotto risultati non omogenei, talora con effetti avversi come impotenza sessuale e/o riduzione marcata della libido.

– A causa della citata eterogeneità delle terapie mediche e chirurgiche dell'ipertrofia prostatica benigna, frequentemente prive di risultati accettabili, ci siamo proposti di esaminare la possibilità di una terapia omotossicologica con un **unico prodotto** che potesse ridurre dapprima, e bloccare poi, lo sviluppo dell'alterazione strutturale della prostata; altro aspetto importante dello studio è stato quello di essere certi che il farmaco sperimentato fosse assolutamente privo di effetti collaterali avversi, tipici delle terapie convenzionali farmacologiche e chirurgiche.

– Il medicinale omotossicologico complesso utilizzato nel presente studio è **Probios** gocce.

PAZIENTI E METODI

► Popolazione esaminata e parametri di valutazione

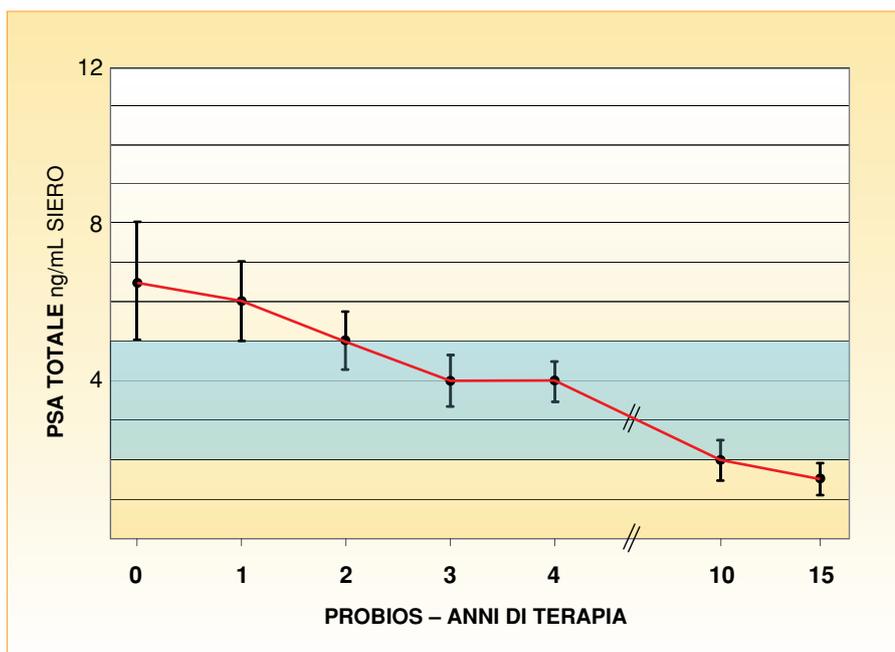
Sono stati esaminati **142 pazienti** nell'arco di **15 anni**.

Di questi:

- **Gruppo A**, 98 pazienti, 50-85 anni, trattati soltanto con Probios;
- **Gruppo B**, 44 pazienti, 57-78 anni, trattati in altra sede con finasteride per un tempo compreso tra 2 settimane e 2 anni e in seguito, dopo sospensione del farmaco convenzionale, solo con Probios.

– Gli elementi per valutare i risultati dello studio sono stati il **dosaggio del PSA totale e libero** (PSA free), i dati dell'esplorazione rettale, i referti del Questionario (TAB. 1) e dell'ecografia dell'addome inferiore.

I rimanenti esami elencati in precedenza (subparagrafo Semeiologia), anche se consigliati, venivano eseguiti raramente e pertanto non sono stati presi in considerazione in questa sede.



TAB. 2

Andamento della concentrazione ematica del PSA in funzione degli anni di terapia con Probios.

– La banda azzurra indica il range di normalità.

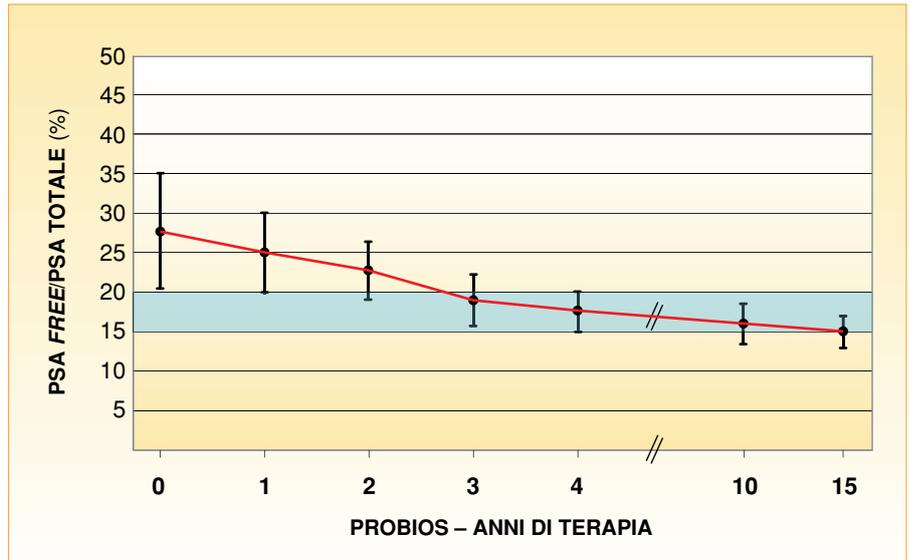
► Probios – Composizione

- Prostata suis D200: fattore di inibizione del trofismo della prostata.
- Vesica urinaria suis D10, 30, 200: fattore di modulazione del tono della vescica urinaria.
- Hypothalamus suis D10, 30, 200: modulatore neuro-vegetativo ed endocrino.
- Damiana D4: fattore di stimolazione testicolare.
- Sabal serrulatum D2, 10, 30: modulatore del trofismo prostatico, disturbi della minzione (sgocciolamento urinario).
- Hepar sulfuris D12, 15, 30, 200: fattore di protezione la tendenza ai processi settici.
- Cerebrum suis D10: fattore di stimolazione delle funzioni cerebrali.
- Glandula suprarenalis suis D10: fattore di stimolazione androgena.

Dalla composizione è possibile notare come i singoli componenti di questo medicinale omotossicologico controllino non solo la struttura della prostata ma anche, conseguentemente, i singoli componenti della secrezione prostatica: per esempio, l'elemento Zinco è stimolato dal fattore androgeno.

Pertanto, il freno all'ipertrofia della ghiandola (Prostata suis D200) è associato alla stimolazione della funzione (Sabal serrulatum) della struttura rimanente per permettere la continuità della funzione medesima. Inoltre, si dà evidenza alla modulazione del tono della vescica urinaria che frequentemente può simulare una sintomatologia (pollachiuria) prostatica inesistente.

– L'analisi più dettagliata di alcuni componenti di Probios, come Hypothalamus suis e Cerebrum suis, mette in evidenza come questi abbiano la funzione di controllo dell'attività dell'ipotalamo neuro-vegetativo per attenuare la sintomatologia talora extra-prostatica (minzione impellente, pollachiuria) del paziente.



TAB. 3

Andamento del rapporto PSA free/PSA totale in funzione degli anni di terapia con Probios.

– La banda azzurra indica il range di normalità.

Inoltre, questi componenti sono preposti al recupero endocrino della ipofunzionalità senile adeno-ipofisaria (FSH e LH in particolare) con conseguente attivazione delle cellule androgeniche del Leidig; la presenza di Damiana è da mettere in relazione con la funzione testicolare endocrina.

– È verosimile ritenere che il paziente anziano sia sottoposto all'invecchiamento progressivo delle strutture sopra menzionate.

La prostata, non più sostenuta dal controllo superiore neuro-endocrino, sviluppa – così – un'ipertrofia cellulare compensatoria che rappresenterebbe la patogenesi dell'ipertrofia prostatica benigna.

► Probios

Protocollo terapeutico e posologia

Tutti i pazienti di età superiore ai 50 anni dovrebbero iniziare una terapia omotossicologica in grado di impedire lo sviluppo dell'ipertrofia prostatica benigna. Se la clinica indica l'inizio di una ipertrofia precoce, in età quindi inferiore ai 50 anni, è necessario intraprendere la terapia omotossicologica anche prima dell'età indicata.

– La letteratura clinico-scientifica ha dichiarato da molti anni che il carcinoma della prostata è patologia assai frequente, paragonabile per frequenza e gravità al carcinoma mammario femminile. Talora, come noto, l'ipertrofia prostatica benigna può evolvere in carcinoma per motivi vari e complessi di difficile identificazione.

L'Omotossicologia si avvale di farmaci complessi, ciascuno con la caratteristica di contenere componenti non solo specifici per la patologia in discussione, ma anche unitari complementari in grado di soddisfare in modo olistico i sintomi secondari che il paziente può presentare in aggiunta alla sintomatologia prostatica.

Probios va somministrato (20-25 gocce) in poca acqua, da bere 3 vv/die lontano dai pasti.

È consigliabile tenere il prodotto sotto la lingua per promuovere un più rapido assorbimento in circolo del farmaco. La terapia con Probios va seguita per tempo indeterminato, non avendo a disposizione dati sufficienti di sospensione del prodotto dopo 15 anni di terapia.

Tale mancanza può essere giustificata

dal desiderio di non provocare recidive della patologia prostatica.

– Il medico curante può, a proprio giudizio, complementare la terapia con tre drenanti connettivali (Riva Sanseverino *and* Castellacci, 1996; Riva Sanseverino, 1998) come **Lymphomyosot®**, **Gallium-Heel®** e **Psorinoheel® N**, 20 gocce ciascuno, da miscelare con **Probios**.

La terapia omotossicologica dell'ipertrofia prostatica benigna mediante Probios gocce è semplice ma da seguire con costanza e precisione per tempo indeterminato.

► Finasteride

Questo farmaco, uno dei tanti assunti dai pazienti giunti alla nostra osservazione per patologie non urologiche, era stato utilizzato da altri sanitari per un periodo variabile di trattamento dalle 2 settimane ai 2 anni; si tratta di un anti-androgeno inibitore dell'enzima testosterone alfa-5 reductasi tipo II (Aggarwal, 2010) con blocco della conversione del testosterone a diidrotestosterone (DHT), noto per essere l'ormone sessuale maschile di maggiore efficacia per la sua forte affinità con i recettori androgeni; è noto che il DHT svolge un'importante azione nello sviluppo della patologia prostatica benigna (iperplasia, ipertrofia).

Il farmaco finasteride è stato somministrato alla dose di 5 mg/die per 6 settimane, talora senza risultato positivo; quando efficace, esso riduceva il valore del PSA totale; altri benefici consistono nella riduzione del volume prostatico e nell'aumento della velocità del flusso urinario, ma a un prezzo molto elevato di effetti collaterali avversi (Irwig *and* Kolukula, 2011).

– I pazienti inizialmente trattati con finasteride hanno iniziato la terapia con Probios 2-3 settimane dopo la sospensione dell'allopatico.

CLINICA

Premessa importante

Non esiste un esame che consenta di formulare con certezza la diagnosi di ipertrofia prostatica benigna, in quanto si può essere di fronte a:

- prostata ingrandita e assenza di problemi minzionali
- prostata normale e presenza di evidenti sintomi ostruttivi.

Se si è in presenza di un paziente cinquantenne che presenta ostruzione dell'efflusso di urina può trattarsi di stenosi uretrale da ipertrofia prostatica o stenosi del collo della vescica; gli esami strumentali saranno decisivi.

– La sintomatologia dell'ipertrofia prostatica benigna, presentata dai pazienti esaminati, ha evidenziato:

sintomi ostruttivi con rallentamento del flusso di urina, ritardo ad iniziare la minzione, pollachiuria e nicturia;

sintomi irritativi, caratterizzati da minzione impellente e pollachiuria, in assenza del rallentamento del flusso di urina e del ritardo ad iniziare la minzione. Alcuni pazienti che lamentavano principalmente la pollachiuria, presentavano sintomi ostruttivi ma la storia clinica di questi pazienti indicava stress psicofisici di forte intensità e sintomi di prostatismo lieve o intermedio.

Infatti, la pollachiuria è un sintomo clinico che può dipendere da cause diverse da quelle che caratterizzano l'ipertrofia prostatica benigna, come:

- iperattività vescicale (stress fisico e/o mentale)
- eccessiva assunzione di eccitanti (caffeine, teina)
- infezioni delle vie urinarie
- elevata produzione di urina (eccessivo introito di liquidi, diabete mellito, diabete insipido).

RISULTATI

I pazienti del **Gruppo A** hanno espresso la loro sintomatologia come segue:

- Minzione notturna di 3-4 volte.
- Volume prostatico aumentato di circa il 25-30%.
- PSA totale di 5-8 ng/mL di siero.
- Rapporto PSA *free*/PSA totale superiore a 20.

L'andamento temporale della concentrazione sierica del PSA totale nell'arco di 15 anni di questi pazienti è riportato in **TAB. 2**.

Si rileva che al tempo zero, prima di iniziare la terapia con Probios, la variabilità dei valori dei pazienti di questo Gruppo è marcata, mentre col procedere della terapia negli anni, la variabilità si riduce notevolmente, concludendo che **Probios modula con costanza la struttura e la funzione della ghiandola** al fine di diminuire, sino all'arresto, l'ipertrofia prostatica.

La minzione notturna si è ridotta a 2 volte, raramente a 3, nei primi due anni; a 1 volta negli anni successivi.

Il volume della prostata ipertrofica si è ridotto del 10-15%. L'esplorazione rettale, eseguita su 36 dei 98 pazienti, dopo 4 anni di terapia, ha mostrato una prostata facilmente palpabile, margini regolari, priva di formazioni nodulari e non dolente.

– Le risposte al Questionario hanno indicato che, dopo 4 anni di terapia, il punteggio era tra 1 e 5 (prostatismo lieve).

L'andamento temporale del rapporto PSA *free*/PSA totale è stato analogo a quello del PSA totale sopra descritto, una conferma della patologia benigna della prostata (**TAB. 3**).

I pazienti del **Gruppo B** hanno accusato i seguenti segni clinici e di laboratorio:

- PSA totale: 7-15 ng/mL; rapporto PSA *free*/PSA totale: 25-35.
- Palpazione della prostata per via rettale (19 pazienti): ghiandola in sede indolore, con pareti talora irregolari, rare nodosità.
- Valori del Questionario: punteggio da 8 a 15 (prostatismo intermedio).
- Ecografia transrettale: parametri rientranti in un prostatismo intermedio.

Nel periodo con terapia convenzionale, tutti i pazienti hanno dichiarato di avere sofferto di effetti collaterali avversi mal sopportabili come disfunzione sessuale con riduzione della libido, disturbi dell'erezione, riduzione del volume eiaculato, ginecomastia, alterazione degli enzimi epatici associata a nausea e saltuarie vertigini. Tale sintomatologia si è ridotta gradualmente nell'arco di 4-6 settimane per scomparire 2-3 mesi dopo l'inizio della terapia con Probios.

– I dati ottenuti in questi pazienti mediante la successiva terapia con Probios non sono stati inseriti nel presente studio per mantenere omogenea la popolazione studiata solo con Probios.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Lo scopo del presente studio è stato quello di verificare la validità terapeutica di un unico medicinale omotossicologico nell'ipertrofia prostatica benigna, in assenza di effetti collaterali indesiderati.

– I risultati ottenuti in 15 anni hanno dato una risposta positiva. Inoltre, la sperimentazione ha potuto rendere valida la correlazione tra la sintomatologia presentata dai pazienti con la composizione di Probios.

Infatti Probios assicura nel tempo la copertura terapeutica non solo della patologia prostatica, ma anche di altri organi e di Tessuti che possano in qualche modo cooperare alla prevenzione di un ulteriore sviluppo dell'ipertrofia, se già presente.

È in corso di svolgimento, presso il nostro Centro di Omotossicologia, uno studio per verificare la possibilità di sospendere, ovvero di prescrivere periodicamente Probios senza provocare una recidiva dell'ipertrofia prostatica benigna.

Si evidenzia la notevole differenza dei risultati ottenuti in pazienti trattati con finasteride e pazienti trattati con Pro-

bios: il grande beneficio di quest'ultimo, rispetto a quello del farmaco convenzionale, deve essere fortemente sottolineato.

Infine, i pazienti che hanno sospeso il farmaco convenzionale e iniziato la terapia con Probios hanno dichiarato la loro piena soddisfazione per avere intrapreso un trattamento a tempo indeterminato, senza disturbi collaterali avversi e con effetto terapeutico positivo in tutti i casi trattati.

– In conclusione, dati i risultati ottenuti in questo studio, ci sembra doveroso suggerire per l'ipertrofia prostatica benigna **Probios**, medicinale omotossicologico unico per la sua composizione e preparazione omeopatica, privo di effetti collaterali indesiderati, in sostituzione dei numerosi farmaci convenzionali, tutti gravati da controindicazioni. ■

Bibliografia

- Aggarwal S. – An overview on 5alpha reductase inhibitors. *Steroids*. **2010**;2:109-153.
- Irwig M.S., Kolukula S. – Persistent sexual side effects of finasteride for male pattern hair loss. *J. Sex. Med.* **2011**,8:1741-53.
- Riva Sanseverino E., Castellacci P. – Fisiopatologia del tessuto connettivo. *La Med. Biol.*, **1996**/3; 8-10.
- Riva Sanseverino E. – Fisiologia. CEA Editore; **1996**.
- Riva Sanseverino E. – Fisiopatologia del sistema linfatico. *La Med. Biol.*, **1998**/4; 3-8.
- von Euler U.S. – Prostaglandins. Academic Press. New York, London; **1967**.

Riferimento bibliografico

RIVA SANSEVERINO E., CASTELLACCI P. – Fisiopatologia e terapia omotossicologica dell'ipertrofia prostatica benigna. *La Med. Biol.*, **2014**/1; 3-9.

Primo autore

Prof. Eugenio Riva Sanseverino

- Già Ordinario di Fisiologia Umana presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna
 - Specialista in Terapia fisica e Riabilitazione
 - Docente A.I.O.T.
- Piazza Luigi di Savoia, 22
I – 20124 Milano