

Χρόνια προστατίτιδα και το σύνδρομο του χρόνιου πόνου στη λεκάνη

Anthony J Schaeffer
N Engl J Med 2006; 355:1690-8

Απόδοση στα ελληνικά: ΞΑΝΘΟΥΛΑ ΓΙΑΚΟΥΜΗ
Παθολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Α' Παθολογικής Κλινικής Παν/μίου Αθηνών

Το κλινικό πρόβλημα

Η προστατίτιδα ευθύνεται για περίπου 2 εκατομμύρια ιατρικές επισκέψεις κατ' έτος μόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες¹. Το άμεσο κόστος της περίθαλψης αγγίζει τα 4.000 δολάρια ανά ασθενή και ανά έτος². Τα National Institutes of Health (NIH) έχουν προτείνει ένα σύστημα σταδιοποίησης των συνδρόμων που σχετίζονται με την προστατίτιδα. Περίπου 5-10% των ανδρών με σύνδρομο προστατίτιδας εμφανίζουν οξεία ή χρόνια βακτηριδιακή προστατίτιδα⁴. Στις περιπτώσεις αυτές η ανταπόκριση στην αντιβιοτική αγωγή είναι καλή. Η οξεία βακτηριδιακή προστατίτιδα είναι μια λοιμώδη επικίνδυνη για τη ζωή. Η διάγνυσή της και η θεραπευτική της αντιμετώπιση δεν θα απασχολήσουν αυτό το κείμενο. Η χρόνια βακτηριδιακή προστατίτιδα χαρακτηρίζεται από θετικά αποτελέσματα των καλλιέργειών του προστατικού υγρού και συνήθως σχετίζονται με υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις⁵. Οι άνδρες με χρόνια βακτηριδιακή προστατίτιδα μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί μεταξύ των επεισοδίων ή να εμφανίζουν ήπιο πόνο στο ύψος της λεκάνης ή ερεθιστικά συμπτώματα κατά την εκκένωση της κύστης (συχνότητα, έπειξη). Η *Escherichia coli* προκαλεί το 75 έως 80% των επεισοδίων. Ο εντερόκοκκος και τα αερόβια gram-αρνητικά μικρόβια εκτός του *E. coli*, όπως η ψευδομόναδα, απομονώνονται στο υπόλοιπο των περιπτώσεων. Οι περισσότεροι άνδρες με προστατίτιδα, ωστόσο, εμφανίζουν χρόνιο πόνο χαμηλά στη λεκάνη, χωρίς ουρολοιμώξεις. Αυτή η κατάσταση (NIH κατηγορία III) καλείται χρόνιο σύνδρομο λεκάνης και συνήθως εκδηλώνεται με πόνο στις περιοχές του περινέου, του ορθού, του προστάτη, του πέους, των όρχεων και της κοιλίας⁶. Ο πόνος αυτός συχνά συνδυάζεται με συμπτωματολογία απόφραξης (δυσουρία, μειωμένο βεληνεκές ούρη-

σης) ή ερεθιστικά συμπτώματα κατά την κένωση της κύστης. Τα συμπτώματα συνήθως παραμένουν σταθερά ή βελτιώνονται ελαφρά με την πάροδο του χρόνου, αλλά ορισμένοι ασθενείς εμφανίζουν μεγάλη διακύμανση στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων⁷. Σε σχετικές μελέτες, το σύνδρομο χρόνιου πόνου λεκάνης συνδυάζεται με μειωμένη ποιότητα ζωής όμοια με αυτή που οφείλεται στη στηθάγχη, στην καρδιακή ανεπάρκεια ή στη νόσο του Crohn⁸. Τόσο η χρόνια βακτηριδιακή προστατίτιδα⁹, όσο και το σύνδρομο χρόνιου πόνου λεκάνης¹⁰ συσχετίζονται με ανωμαλίες στο σπέρμα και με στειρότητα.

Επιδημιολογία

Η χρόνια βακτηριδιακή προστατίτιδα έχει συσχετισθεί με τον κίνδυνο εμφάνισης ουρολοιμώξεων και καθετηριασμού της ουρήθρας. Αν και οι λοιμώξεις του προστάτη από βακτηρίδια¹¹, ιούς¹² και μύκητες¹³ θεωρούνται αιτίες του χρόνιου πόνου λεκάνης, λείπουν τα στοιχεία που μπορούν να υποστηρίξουν αυτή την υπόθεση. Οι σχετικές μελέτες δεν μπόρεσαν να ανιχνεύσουν συσχέτιση με σεξουαλικά μεταδιδόμενα μικρόβια, όπως *Chlamydia trachomatis*, *Ureoplasma urealyticum* και *Trichomonas vaginalis*¹⁴. Οι μελέτες σε προσβεβλημένους ασθενείς έδειξαν διάφορες ανωμαλίες, όπως αυξημένα επίπεδα κυτταροκινών, δυσλειτουργίες εκκένωσης, ανοσολογικά ελλείμματα και ψυχολογικές διαταραχές (όπως νευρωση, σωματοποίηση, κατάθλιψη και σεξουαλικές δυσλειτουργίες)¹⁵. Ωστόσο, ο ρόλος αυτών των διαταραχών για την ανάπτυξη της προστατίτιδας παραμένει αδιευκρίνιστος.

Στρατηγικές και δεδομένα Διάγνωση

Ένα ιστορικό υποτροπιάζουσών ουρολοιμώξεων τεκμηριωμένων με καλλι-

έργειες υποδηλώνει τη διάγνωση της χρόνιας βακτηριδιακής προστατίτιδας. Εάν δεν υπάρχουν προηγούμενες καλλιέργειες, πρέπει να ζητηθεί η διενέργεια καλλιέργειας ούρων όταν επανέλθουν τα συμπτώματα. Εάν απουσιάζουν τα τεκμήρια ουρολοιμώξεων, η παρουσία χρόνιου πόνου στη λεκάνη και η συμπτωματολογία πιθανής απόφραξης των ουροφόρων οδών ή ερεθισμού κατά την ούρηση υποστηρίζουν τη διάγνωση του συνδρόμου χρόνιου πόνου στη λεκάνη. Δεν υπάρχουν αξιόπιστα φυσικά σημεία είτε για χρόνια βακτηριδιακή προστατίτιδα, είτε για το σύνδρομο χρόνιου πόνου στη λεκάνη, αλλά πρέπει να γίνεται φυσική εξέταση για να αποκλεισθεί πιθανή διάταση ουροδόχου κύστης ή διάχυτης ή εστιακής σκληρίας του προστάτη, σημεία δηλωτικά καρκίνου του προστάτη. Γενική αίματος, βιοχημικός έλεγχος και μέτρηση του ειδικού αντιγόνου του προστάτη (PSA) μπορεί να βοηθήσουν στη διάγνωση¹⁶. Το PSA αυξάνεται τυπικά στην οξεία ουρολοιμώξη και πρέπει να επανελεγχεται μετά την αντιβιοτική αγωγή μέχρι επιστροφής των τιμών στο φυσιολογικό. Ένα αυξημένο PSA απουσία ουρολοιμώξης απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση.

Χρόνια βακτηριδιακή προστατίτιδα

Εάν επαληθευθούν οι υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις, ο ασθενής θα πρέπει να εκτιμηθεί ως προς πιθανές δομικές ή λειτουργικές ανωμαλίες των ουροφόρων οδών με τη χρήση της αξονικής τομογραφίας και τη μέτρηση του υπολειπόμενου όγκου μετά από ούρηση. Η διαγνωστική αξία αυτών των εξετάσεων (που κυμαίνεται από 23%¹⁷ έως 50%¹⁸) εξαρτάται από την ηλικία του ασθενούς και την παρουσία συνοδών καταστάσεων. Τα μη φυσιολογικά αποτελέσματα (λίθοι, απόφραξη) πρέπει να αξιολογούνται από ειδικό ουρολόγο. Εάν δεν

βρεθούν ανωμαλίες και επανειλημμένες καλλιέργειες δείχνουν το ίδιο βακτηριδιακό στέλεχος, η πιθανότερη διάγνωση είναι η χρόνια βακτηριδιακή προστατίτιδα.

Για να επιβεβαιωθεί το γεγονός ότι ο προστάτης είναι η δεξαμενή των βακτηριδίων μεταξύ των επεισοδίων ουρολοίμωξης συνιστώνται καλλιέργειες. Επειδή τέτοιες εξετάσεις έχουν νόημα μόνο όταν τα ούρα της ουροδόχου κύστης δεν δείχνουν καμία ανάπτυξη βακτηριδίων, πρέπει προηγουμένως να έχει θεραπευθεί τυχούσα ουρολοίμωξη. Μπορεί να χορηγηθεί ένα αντιβιοτικό της οικογένειας των βήτα λακταμών ή η νιτροφουραντοΐνη, επειδή οι ουσίες αυτές δεν διεισδύουν στον προστατικό ιστό και συνεπώς δεν παρεμβαίνουν σε πιθανή καλλιέργεια προστατικών βακτηριδίων. Η δοκιμασία Meares-Stamey-4 σωληναρίων¹⁹ περιλαμβάνει τη συλλογή σειράς δειγμάτων ούρων, πριν και μετά από προστατική μάλαξη και προστατικού υγρού κατά τη διάρκεια της προστατικής μάλαξης. Μία απλούστερη δοκιμασία 2 υάλινων σωληναρίων περιλαμβάνει συλλογή δείγματος της μέσης φάσης της ούρησης και προστατική μάλαξη μετά από συλλογή δείγματος ούρων συσχετίζεται ικανοποιητικά με τη δοκιμασία των 4 σωληναρίων (σχήμα 1)^{20,21}. Οι καλλιέργειες επιτρέπουν μια σύγκριση μεταξύ των ποσοτικών επιπέδων των βακτηριδίων του προστάτη και της ουρήθρας. Εάν βρεθούν παθογόνα μικρόβια μόνο στο προστατικό υγρό ή εάν η συνολική ποσότητα παθογόνων στο προστατικό υγρό είναι 10 φορές μεγαλύτερη από την ποσότητα που βρέθηκε στην ουρήθρα, ο ασθενής θεωρείται ότι πάσχει από χρόνια βακτηριδιακή προστατίτιδα.

Αν και η δοκιμασία των 4 σωληναρίων θεωρείται η δοκιμασία αναφοράς για τη διάγνωση της χρόνιας προστατίτιδας, η διαγνωστική ισχύς δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Επιπλέον, σχετικές μελέτες έδειξαν ότι η δοκιμασία των 4 σωληναρίων δεν χρησιμοποιείται ευρέως, ακόμα και από τους ουρολόγους²².

Το σύνδρομο χρόνιου πόνου στη λεκάνη

Δεν υπάρχει gold standard για τη διάγνωση του συνδρόμου χρόνιου πόνου στη λεκάνη¹⁵. Η δοκιμασία των 4 σωληναρίων ή των 2 σωληναρίων μπορεί να δώσει πληροφορίες σχετικές με τη φλεγμονή του προστάτη (π.χ. τον αριθμό των λευκοκυττάρων ανά πεδίο), αλλά αυτό

το εύρημα δεν βοηθά στη διάγνωση ή στην αντιμετώπιση της πάθησης.

Μεταξύ των ανδρών με υποτιθέμενο σύνδρομο χρόνιου πόνου στη λεκάνη και χωρίς ιστορικό ουρολοίμωξης, ένα ποσοστό έως 8% βρέθηκαν με θετικές καλλιέργειες προστατικού υγρού, αλλά αυτά τα ευρήματα βρέθηκαν επίσης και σε όμοιο ποσοστό μεταξύ ασυμπτωματικών ανδρών²³. Η ουροδυναμική μελέτη πρέπει να περιορίζεται σε ασθενείς με κλινικά σημαντική συμπτωματολογία από το κατώτερο ουροποιητικό που συνοδεύει τον χρόνιο πόνο, εφόσον η δυσλειτουργία κατά την κένωση φαίνεται να είναι συνήθης μεταξύ αυτών

Οι άνδρες με χρόνια βακτηριδιακή προστατίτιδα μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί μεταξύ των επεισοδίων ή να εμφανίζουν ήπιο πόνο στο ύψος της λεκάνης ή ερεθιστικά συμπτώματα κατά την εκκένωση της κύστης

των ασθενών και μπορεί να ανταποκριθεί σε ουρολογικές παρεμβάσεις (όπως θεραπεία με άλφα-αδρενεργικούς αναστολείς ή διουρηθρική τομή του αυχένα της ουροδόχου κύστεως)²⁴. Γενικά, οι απεικονιστικές μελέτες έχουν μικρή διαγνωστική συνεισφορά. Ωστόσο, σε ασθενείς με πόνο μετά την εκσπερμάτωση, η διορθική υπερηχογραφία μπορεί να αποκαλύψει διόγκωση της σπερματοδόχου κύστης λόγω απόφραξης του σπερματικού τόνου. Η διόγκωση αυτή μπορεί να σχετίζεται ή να επιδεινώνει το σύνδρομο χρόνιου πόνου στη λεκάνη. Η διόρθωση τη απόφραξης μπορεί να ανακουφίσει τον πόνο²⁵.

Θεραπεία

Χρόνια βακτηριδιακή προστατίτιδα

Η αρχική θεραπεία της χρόνιας βακτηριδιακής προστατίτιδας απαιτεί αντιβιοτικά που διεισδύουν στον προστατικό ιστό (π.χ. φθοριοκινολόνη ή τριμεθοπρίμ-σουλφαμεθοξαζόλη) και που είναι αποτελεσματικά έναντι των μικροβίων που ανιχνεύθηκαν στις καλλιέργειες. Η θεραπεία πρέπει να διαρκεί 4 εβδομάδες. Οι φθοριοκινολόνες έδωσαν ποσοστά αποτελεσματικής εκρίζωσης των προστατικών μικροβίων έως και 6 μήνες μετά την αγωγή, της τάξεως των 75-89%. Τα

ποσοστά αυτά δεν διέφεραν μεταξύ των διαφόρων φθοριοκινολονών^{29,30}. Εφόσον στο ένα τρίτο των ασθενών εμφανίζεται υποτροπή²⁶, οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται μετά το πέρας της αγωγής με ουροκαλλιέργειες σε περίπτωση επανεμφάνισης των συμπτωμάτων.

Στην κλινική πράξη, οι ουροκαλλιέργειες πρέπει να επαναλαμβάνονται ανά 6μηνο, ακόμα και σε ασθενείς χωρίς υποτροπιάζοντα συμπτώματα, αν και η αποτελεσματικότητα αυτής της θεραπείας δεν έχει αξιολογηθεί. Αν και τα από του στόματος αντιβιοτικά είναι η εφάρμοζόμενη ευρέως αγωγή, η έγχυση αντιβιοτικών μέσα στον προστάτη έχει επίσης προταθεί. Αυτός ο τρόπος χορήγησης αναφέρεται ότι βελτιώνει σημαντικά τα συμπτώματα και το βαθμό της μικροβιακής εκρίζωσης, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου³². Άλλοι ερευνητές προτείνουν τη συγχορήγηση αντιβιοτικών και άλφα-αδρενεργικών αναστολέων³³. Επί υποτροπής, εάν οι καλλιέργειες επιβεβαιώσουν ότι ο γνωστός μικροβιακός παράγοντας δεν έχει εκριζωθεί, πρέπει να συζητηθεί η μακροχρόνια κατασταλτική αγωγή με αντιβιοτικό, στο οποίο το εν λόγω μικρόβιο είναι ευαίσθητο. Εναλλακτικά, μπορεί να συζητηθεί η κατά ώσεις αγωγή με την ευκαιρία υποτροπιαζουσών κυστίτιδων.

Σύνδρομο χρόνιου πόνου στη λεκάνη

Η ορθή θεραπεία του συνδρόμου χρόνιου πόνου στη λεκάνη παραμένει υπό συζήτηση. Οι παράγοντες που περιπλέκουν την θεραπευτική διαχείριση αυτής της πάθησης περιλαμβάνουν την πολυπαραγοντική παθογένειά της, την έλλειψη ασφαούς διαγνωστικής προσπέλασης και τους μεθοδολογικούς περιορισμούς πολλών θεραπευτικών μελετών. Μέχρι σήμερα, η θεραπευτική στρατηγική έχει περιοριστεί στην ανακούφιση από τα συμπτώματα.

Πριν από την έναρξη της θεραπείας πρέπει να αξιολογείται η σοβαρότητα των συμπτωμάτων και η επίπτωση τους στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Ο δείκτης NIH για τα συμπτώματα της χρόνιας προστατίτιδας είναι ένας πίνακας εννέα σημείων που συμπληρώνεται από τον ασθενή.

Η χρησιμότητά του έχει επιβεβαιωθεί από σχετικές μελέτες⁶. Το άθροισμα των βαθμών κυμαίνεται από 0 έως 43 και τα υψηλότερα αθροίσματα υποδηλώνουν σοβαρότερα συμπτώματα. Μια μείωση

μεγαλύτερη των έξι βαθμών θεωρείται κλινικά σημαντική.

Άλφα Αναστολές

Αρκετές τυχαίοποιημένες μελέτες έδειξαν βελτίωση της ποιότητας ζωής και ύφεση των συμπτωμάτων σε ασθενείς με σύνδρομο χρόνιου πόνου στη λεκάνη που έλαβαν άλφα αναστολές επί 12³⁸ ή 14 εβδομάδες³⁷. Ωστόσο, μια μεγάλη τυχαίοποιημένη μελέτη που αξιολόγησε αγωγή 6 εβδομάδων με ταμσουλοσίνη δεν έδειξε σημαντική βελτίωση στο άθροισμα βαθμών του δείκτη NIH⁴¹. Φαίνεται ότι απαιτείται μακρύτερη περίοδος αγωγής για να προκύψει θεραπευτικό όφελος. Οι παρενέργειες των άλφα αναστολέων περιλαμβάνουν ζάλη, καταβολή και υπόταση, καθώς επίσης και μειωμένο όγκο σπέρματος στο 21% των ασθενών³⁸.

Αντιμικροβιακή θεραπεία

Οι σχετικές μελέτες δεν έδειξαν όφελος από τη λήψη αντιβιοτικών σε ασθενείς με σύνδρομο χρόνιου πόνου στη λεκάνη. Μελέτες σύγκρισης του σιπροφλοξασίν με το λεβοφλοξασίν δεν έδειξαν σημαντική βελτίωση στο επίπεδο των συμπτωμάτων (κλίμακα NIH)^{41,42}. Εφόσον η μέση διάρκεια των συμπτωμάτων ήταν 6.5 και 6.2 χρόνια αντίστοιχα και εφόσον είχαν προηγουμένως λάβει αντιμικροβιακή θεραπεία, είναι αβέβαιο το εάν αυτά τα αποτελέσματα είναι γενικεύσιμα σε ασθενείς με πρόσφατη έναρξη συμπτωμάτων ή σε εκείνους που δεν έχουν δοκιμάσει την αντιβιοθεραπεία.

Αναστολές της 5α-ρεδουκτάσης

Μια τυχαίοποιημένη μελέτη με αντικείμενο την φιναστερίδη έδειξε ότι οι δείκτες κλινικής αξιολόγησης της προστατίτιδας μειώθηκαν μετά από αγωγή 1 χρόνου, αλλά ο πόνος δεν μεταβλήθηκε¹⁵. Σε μια άλλη σχετική μελέτη ο βαθμός ανταπόκρισης στους 6 μήνες (οριζόμενος ως μείωση κατά 25% τουλάχιστον του αθροίσματος στην κλίμακα NIH) δεν ήταν στατιστικά βελτιωμένος στην ομάδα της φιναστερίδης σε σύγκριση με την ομάδα του εικονικού φαρμάκου⁴³.

Άλλες αγωγές

Οι μελέτες για άλλες προτεινόμενες αγωγές για το σύνδρομο χρόνιου πόνου στη λεκάνη είναι περιορισμένες. Μια μελέτη αφορούσε στη μεπαρτρίσίνη, μια αρωματική επάνη που μειώνει τα προστατικά και πλάσματικά επίπεδα οιστρο-

γόνων⁴⁴. Η μελέτη αυτή έδειξε σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων. Η ουερεσίνη, ένα φλαβονοειδές με αντιοξειδωτικές ιδιότητες, αναφέρθηκε ότι μειώνει σημαντικά τον δείκτη NIH¹⁵. Ωστόσο, αυτές οι παρατηρήσεις απαιτούν επιβεβαίωση από μεγαλύτερες μελέτες. Η πολυθειική πεντοζάνη, ένας φυτικής προέλευσης πολυσακχαρίτης, όμοιος με τις γλυκοζαμινογλυκάνες που σχηματίζουν ένα προστατευτικό στρώμα στο επιθήλιο του ουροποιητικού σωλήνα, φάνηκε αναποτελεσματική για τη μείωση των συμπτωμάτων του συνδρόμου χρόνιου πόνου στη λεκάνη⁴⁵. Κανένα όφελος δεν φάνηκε από μελέτη με αντικείμενο την αγωγή με τον αναστολέα της κυκλο-οξυγενάσης 2 ροφεκοξίμπη⁴⁶. Άλλες θεραπείες για το σύνδρομο αυτό περιλαμβάνουν τη γαπαπεντίνη⁴⁶, μυοχαλαρωτικές ουσίες¹⁵, κορτικοστεροειδή⁴⁸, αλληλοπουρινόλη¹⁵ κ.ά.

Η διουρηθρική θερμοθεραπεία με μικροκύματα μπορεί να επιτύχει θερμοκρασίες μεγαλύτερες των 45°C μέσα στον προστατικό ιστό. Μια μικρή τυχαίοποιημένη μελέτη (20 ασθενείς) έδειξε ότι η διουρηθρική θερμοθεραπεία βελτίωσε σημαντικά την ποιότητα ζωής σε 3 μήνες¹⁵. Τέσσερις ασθενείς ανέφεραν ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως αιματουρία, ουρολοίμωξη, ακράτεια, επίσχεση και πρόωρη εκσπερμάτωση. Μικρές μελέτες ανέφεραν βελτίωση συμπτωμάτων με τη βοήθεια της βιοανάδρασης^{48,49} και του βελονισμού⁵⁰. Σε κάθε περίπτωση η ουρολογική εξέταση είναι απαραίτητη για κάθε ασθενή με συμπτωματολογία συνδρόμου χρόνιου πόνου στη λεκάνη.

Πάντως δεν υπάρχουν μέχρι σήμερα θέσεις ομοφωνίας για την θεραπευτική διαχείριση της χρόνιας βακτηριδιακής προστατίτιδας ή του συνδρόμου του χρόνιου πόνου στη λεκάνη.

Συμπεράσματα

Το πρώτο βήμα για την αξιολόγηση ασθενών με πόνο στη λεκάνη και συμπτωματολογία ερεθισμού της κύστης είναι η εξακρίβωση του εάν τα συμπτώματα συσχετίζονται με ουρολοίμωξη, με τον προστάτη ή και με τα δύο. Εάν ο ασθενής έχει τεκμηριωμένη ουρολοίμωξη, πρέπει να αντιμετωπισθεί η τρέχουσα λοίμωξη με βάση το αντιβιογράμμα και με φάρμακα που δεν διεισδύουν στον προστάτη, όπως η νιτροφουραντοΐνη και στη συνέχεια να γίνουν καλλιέργειες, ώστε να εντοπιστεί η εστία της λοίμωξης. Εάν τα αποτελέσματα δείξουν χρόνια βακτηριδιακή προστατίτιδα, συνι-

στώνται 4 εβδομάδες αντιβιοθεραπείας με αντιβιοτικό που εισδύει στον προστάτη, κατά προτίμηση μία φθοριοκινολόνη, με παρακολούθηση για υποτροπιάζουσες λοιμώξεις. Σε περίπτωση απουσίας στοιχείων ουρολοίμωξης που να σχετίζονται με τα συμπτώματα, η περίπτωση λοίμωξης απομακρύνεται. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η θεραπεία θα πρέπει να καθοδηγείται από τις επιλογές του ασθενούς και την επίδρασή τους στα συμπτώματα, αξιολογούμενη με τον Δείκτη των Συμπτωμάτων Χρόνιας Προστατίτιδας NIH (NIH Chronic Prostatitis Symptom Index). Στη βάση δεδομένων από τυχαίοποιημένες μελέτες, θα συνιστούσε κανείς μια αγωγή 12 εβδομάδων με έναν άλφα αναστολέα, η οποία θα μπορούσε να συνεχιστεί εάν υπήρχε θετική ανταπόκριση. Η εξέταση από ουρολόγο είναι απαραίτητη για ασθενείς με σοβαρά συμπτώματα ουρολοίμωξης και χρόνιο πόνο στη λεκάνη ή ασθενείς στους οποίους η ανταπόκριση στην εμπειρική θεραπεία είναι ατελής. Αίσθημα ήπιου άλγους μετά την εκσπερμάτωση μπορεί να συσχετίζεται με ασύννηθες αλλήλ ιάσιμο πρόβλημα, όπως απόφραξη του σπερματικού πόρου.

Βιβλιογραφία

- Collins MM, Stafford RS, O'Leary MP, Barry MJ. How common is prostatitis? A national survey of physician visits. *J Urol* 1998; 159:1224-8.
- Calhoun EA, McNaughton Collins M, Pontari MA, et al. The economic impact of chronic prostatitis. *Arch Intern Med* 2004; 164:1231-6. Krieger JN, Nyberg L Jr, Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis. *JAMA* 1999; 282:236-7.
- de la Rosette JJ, Hubregtse MR, Meuleman EJ, Stolk-Engelaar MV, Debruyne FM. Diagnosis and treatment of 409 patients with prostatitis syndromes. *Urology* 1993; 41:301-7.
- Weidner W, Ludwig M. Diagnostic management of chronic prostatitis. In: Weidner W, Madsen PO, Schiefer HG, eds. *Prostatitis: etiopathology, diagnosis and therapy*. Berlin: Springer-Verlag 1994; p. 158-74.
- Litwin MS, McNaughton-Collins M, Fowler FJ Jr, et al. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. *J Urol* 1999; 162:369-75.
- Properly KJ, McNaughton-Collins M, Leiby BE, O'Leary MP, Kusek JW, Litwin MS. A prospective study of symptoms and quality of life in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: the National Institutes of Health chronic prostatitis cohort study. *J Urol* 2006; 175: 619-23.
- McNaughton Collins M, Pontari MA, O'Leary MP, et al. Quality of life is impaired in men with chronic prostatitis: the Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. *J Gen Intern Med* 2001; 16:656-62.
- Motrich RD, Maccioni M, Molina R, et al. Reduced semen quality in chronic prostatitis patients that have cellular autoimmune response to prostate antigens. *Hum Reprod* 2005; 20:2567-72.
- Engeler DS, Hauri D, John H. Impact of prostatitis NIH IIIB (prostatodynia) on ejaculate parameters. *Eur Urol* 2003; 44: 546-8.
- Krieger JN, Riley DE. Bacteria in the chronic prostatitis-chronic pelvic pain syndrome: molecular approaches to critical research questions. *J Urol* 2002; 167:2574-83.
- Doble A, Harris JR, Taylor-Robinson D. Prostatodynia and herpes simplex virus infection. *Urology* 1991; 38:247-8.
- Golz R, Mendling W. Candidosis of the prostate: a rare form of endomycosis. *Mycoses* 1991; 34:381-4.
- Weidner W, Schiefer HG, Krauss H, Jantos C, Friedrich HJ, Altmannberger M. Chronic prostatitis: a thorough search for etiologically involved microorganisms in 1.461 patients. *Infection* 1991; 19:Suppl 3:S119-S125.
- McNaughton Collins M, MacDonald R, Wilt TJ. Diagnosis and

- ⇒ treatment of chronic abacterial prostatitis: a systematic review. *Ann Intern Med* 2000; 133:367-81.
15. Nadler RB, Collins MM, Probert KJ, et al. Prostate-specific antigen test in diagnostic evaluation of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urology* 2006; 67:337-42.
 16. Little MA, Stafford Johnson DB, O'Callaghan JP, Walshe JJ. The diagnostic yield of intravenous urography. *Nephrol Dial Transplant* 2000; 15:200-4.
 17. Andrews SJ, Brooks PT, Hanbury DC, et al. Ultrasonography and abdominal radiography versus intravenous urography in investigation of urinary tract infection in men: prospective incident cohort study. *BMJ* 2002; 324:454-6.
 18. Meares EM, Stamey TA. Bacteriologic localization patterns in bacterial prostatitis and urethritis. *Invest Urol* 1968; 5:492-518.
 19. Feliciano AE Jr. Repetitive prostate massage. In: Nickel JC, ed. *Textbook of prostatitis*. Oxford, England: Isis Medical Media 1999; p. 311-8.
 20. Nickel JC. The Pre and Post Massage Test (PPMT): a simple screen for prostatitis. *Tech Urol* 1997; 3:38-43.
 21. McNaughton Collins M, Fowler FJ Jr, Elliott DB, Albertsen PC, Barry MJ. Diagnosing and treating chronic prostatitis: do urologists use the four-glass test? *Urology* 2000; 55:403-7.
 22. Nickel JC, Alexander RB, Schaeffer AJ, Landis JR, Knauss JS, Probert KJ. Leukocytes and bacteria in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome compared to asymptomatic controls. *J Urol* 2003; 170:818-22.
 23. Kaplan SA, Ikeguchi EF, Santarosa RP, et al. Aetiology of voiding dysfunction in men less than 50 years of age. *Urology* 1996; 47:836-9.
 24. Nadler RB, Rubenstein JN. Laparoscopic excision of a seminal vesicle for the chronic pelvic pain syndrome. *J Urol* 2001; 166:2293-4.
 25. Schaeffer AJ, Darras FS. The efficacy of norfloxacin in the treatment of chronic bacterial prostatitis refractory to trimethoprim- sulfamethoxazole and/or carbenicillin. *J Urol* 1990; 144:690-3.
 26. Weidner W, Schiefer HG, Braehler E. Refractory chronic bacterial prostatitis: a re-evaluation of ciprofloxacin treatment after a median follow up of 30 months. *J Urol* 1991; 146:350-2.
 27. Naber KG, Busch W, Focht J. Ciprofloxacin in the treatment of chronic bacterial prostatitis: a prospective, non-comparative multicentre clinical trial with long-term follow-up. *Int J Antimicrob Agents* 2000; 14:143-9.
 28. Naber KG. Lomefloxacin versus ciprofloxacin in the treatment of chronic bacterial prostatitis. *Int J Antimicrob Agents* 2002; 20:18-27.
 29. Bundrick W, Heron SP, Ray P, et al. Levofloxacin versus ciprofloxacin in the treatment of chronic bacterial prostatitis: a randomized double-blind multicenter study. *Urology* 2003; 62:537-41.
 30. Hanus PM, Danziger LH. Treatment of chronic bacterial prostatitis. *Clin Pharm* 1984; 3:49-55.
 31. Hu WL, Zhong SZ, He HX. Treatment of chronic bacterial prostatitis with amikacin through anal submucosal injection. *Asian J Androl* 2002; 4:163-7.
 32. Barbalias GA, Nikiforidis G, Liatsikos EN. Alpha-blockers for the treatment of chronic prostatitis in combination with antibiotics. *J Urol* 1998; 159:883-7.
 33. Cheah PY, Liong ML, Yuen KH, et al. Chronic prostatitis: symptom survey with follow-up clinical evaluation. *Urology* 2003; 61:60-4.
 34. Schneider H, Braehler E, Ludwig M, et al. Two-year experience with the Germantranslated version of the NIH-CPSI in patients with CP/CPPS. *Urology* 2004; 63: 1027-30.
 35. Collins MM, O'Leary MP, Calhoun EA, et al. The Spanish National Institutes of Health-Chronic Prostatitis Symptom Index: translation and linguistic validation. *J Urol* 2001; 166:1800-3.
 36. Cheah PY, Liong ML, Yuen KH, et al. Terazosin therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized, placebo controlled trial. *J Urol* 2003; 169:592-6.
 37. Mehik A, Alas P, Nickel JC, Sarpola A, Helstrom PJ. Alfuzosin treatment for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective, randomized, doubleblind, placebo-controlled, pilot study. *Urology* 2003; 62:425-9.
 38. Evliyaoglu Y, Burgut R. Lower urinary tract symptoms, pain and quality of life assessment in chronic non-bacterial prostatitis patients treated with alpha-blocking agent doxazosin; versus placebo. *Int Urol Nephrol* 2002; 34:351-6.
 39. Nickel JC, Narayan P, McKay J, Doyle C. Treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome with tamsulosin: a randomized double blind trial. *J Urol* 2004; 171:1594-7.
 40. Alexander RB, Probert KJ, Schaeffer AJ, et al. Ciprofloxacin or tamsulosin in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized, double-blind trial. *Ann Intern Med* 2004; 141:581-9.
 41. Nickel JC, Downey J, Clark J, et al. Levofloxacin for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in men: a randomized placebo-controlled multicenter trial. *Urology* 2003; 62:614-7.
 42. Nickel JC, Downey J, Pontari MA, Shoskes DA, Zeitlin SI. A randomized placebo- controlled multicentre study to evaluate the safety and efficacy of finasteride for male chronic pelvic pain syndrome (category IIIA chronic nonbacterial prostatitis). *BJU Int* 2004; 93:991-5.
 43. De Rose AF, Gallo F, Giglio M, Carmignani G. Role of mepartricin in category III chronic nonbacterial prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized prospective placebo-controlled trial. *Urology* 2004; 63:13-6.
 44. Nickel JC, Forrest JB, Tomera K, et al. Pentosan polysulfate sodium therapy for men with chronic pelvic pain syndrome: a multicenter, randomized, placebo controlled study. *J Urol* 2005; 173:1252-5.
 45. Pontari MA. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in elderly men: toward better understanding and treatment. *Drugs Aging* 2003; 20:1111-25.
 46. Shoskes DA. Phytotherapy in chronic prostatitis. *Urology* 2002; 60:Suppl 6:35-7.
 47. Bates S, Talbot M. Short course oral prednisolone therapy in chronic abacterial prostatitis and prostatodynia: case reports of three responders and one nonresponder. *Sex Transm Infect* 2000; 76:398-9.
 48. Nadler RB. Bladder training biofeedback and pelvic floor myalgia. *Urology* 2002; 60:Suppl 6:42-3.
 49. Anderson RU, Wise D, Sawyer T, Chan C. Integration of myofascial trigger point release and paradoxical relaxation training treatment of chronic pelvic pain in men. *J Urol* 2005; 174:155-60.
 50. Chen R, Nickel JC. Acupuncture ameliorates symptoms in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urology* 2003; 61:1156-9.