

Χρόνια προστατίτιδα

Εισαγωγή

Η προστατίτιδα είναι νόσος πολυπαραγοντικής αιτιολογίας, η οποία αποτελεί την πιο συχνή ουρολογική διάγνωση σε άνδρες κάτω των 50 ετών και την τρίτη πιο συχνή (μετά την ΚΥΠ και τον καρκίνο του προστάτη) στις μεγαλύτερες ηλικίες, έχοντας σημαντική επίδραση στην ποιότητα της ζωής τους.

Ταξινόμηση

Σύμφωνα με την NIH ταξινόμηση (National Institutes of Health) του 1995 η προστατίτιδα χωρίζεται σε τέσσερις κατηγορίες:

- I: οξεία βακτηριακή,
- II: χρόνια βακτηριακή,
- III: σύνδρομο χρόνιου πυελικού άλγους, το οποίο χωρίζεται σε φλεγμονώδη (IIIa) και μη φλεγμονώδη τύπο (IIIb) και
- IV: ασυμπτωματική φλεγμονώδης προστατίτιδα.

Ο φλεγμονώδης τύπος του χρόνιου πυελικού άλγους αντικαθιστά τη γνωστή στους παλαιότερους μη βακτηριακή προστατίτιδα,

ΧΟΥΣΑΜ ΔΑΟΥΧΑΡ
Διευθυντής ΓΝ Άρτας

ενώ ο μη φλεγμονώδης τύπος αντικαθιστά την προστατοδυνία¹.

Αιτιολογία

Το μικροβιακό φάσμα της χρόνιας βακτηριακής προστατίτιδας είναι το ίδιο με το μικροβιακό φάσμα των λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος. Οι κυριότεροι παθογόνοι μικροοργανισμοί είναι η E. coli, η ψευδομόναδα, η κλημψιέλλα και οι εντερόκοκκοι².

Η αιτιολογία του συνδρόμου του χρόνιου πυελικού άλγους είναι πιθανότατα πολυπαραγοντική και συνίσταται σε μια σειρά γεγονότων που ακολουθούν ένα αρχικό ερέθισμα. Ως τέτοιο μπορεί να θεωρηθεί η λοίμωξη ή η παλινδρόμηση κάποιου τοξικού παράγοντα των ούρων στους προστατικούς πόρους. Ως λοιμογόνοι παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί τα χλαμύδια και το ουρεόπλάσμα. Μέσω της

φλεγμονής και της πρόκλησης ανοσολογικού μηχανισμού εκδηλώνεται το κύριο σύμπτωμα του συνδρόμου, το άλγος. Ο αυξημένος τόνος ή σπασμός του αυχένα της ουροδόχου κύστης και η σύσπαση των μυών του πυελικού εδάφους θεωρούνται επίσης αιτιολογικοί παράγοντες της προστατοδυνίας³. Τελευταία το ενδιαφέρον των ερευνητών έχει εστιαστεί στις κυτοκίνες, πρωτεΐνες μικρού μοριακού βάρους που παράγονται από το ανοσοποιητικό σύστημα και έχουν ρόλο στη ρύθμιση της ανοσολογικής απόκρισης και στη στρατολόγηση κυττάρων στην εστία της φλεγμονής. Αυξημένα επίπεδα κυτοκινών έχουν βρεθεί στο σπέρμα και τις προστατικές εκκρίσεις των αντρών με σύνδρομο χρόνιου πυελικού άλγους, ακόμα και στους ασθενείς που έχουν ταξινομηθεί στο μη φλεγμονώδη τύπο, σε σχέση με τους υγιείς, καταδεικνύοντας την

ύπαρξη φλεγμονώδους διαδικασίας στο γεννητικό σύστημα των πασχόντων⁴.

Κλινική εικόνα - διάγνωση

Η χρόνια βακτηριακή προστατίτιδα μπορεί να είναι ασυμπτωματική μεταξύ των οξέων επεισοδίων ή να εκδηλώνεται με τρόπο παρόμοιο του συνδρόμου πυελικού άλγους. Το προεξάρχον σύμπτωμα του τελευταίου είναι ο πόνος, ο οποίος εντοπίζεται στο περίνεο, υπερηβικά και στο πέος, αλλήλ επίσης μπορεί να εντοπίζεται στους όρχεις και χαμηλά στην οσφύ. Ερεθιστικά και αποφρακτικά συμπτώματα ούρησης μπορεί να υπάρχουν επίσης, όπως επίσης και πόνος κατά τη διάρκεια ή μετά την εκσπερμάτιση. Η κατηγορία IV είναι ασυμπτωματική και διαγιγνώσκεται μετά από μικροσκοπική εξέταση σπέρματος ή μετά από ιστολογική εξέταση ιστοτεμαχίων προστάτη μετά από προστατεκτομή λόγω υπερηβικής ή μετά από βιοψία λόγω αύξησης του PSA, οπότε και ανακαλύπτονται στοιχεία φλεγμονής.

Πίνακας 1. NIH - CHRONIC PROSTATITIS SYMPTOM INDEX

Πόνος ή Ενόχληση

1. Την τελευταία εβδομάδα, είχατε κάποιο πόνο ή ενόχληση στις παρακάτω περιοχές;
- Ναι
- Στην περιοχή μεταξύ πρωκτού και όρχεων(περίνεο) 1
- Στους όρχεις 1
- Στην κορυφή του πέους (ανεξάρτητα από την ούρηση) 1
- Κάτω από τη μέση, στην περιοχή του ηβικού οστού, ή στην περιοχή της ουροδόχου κύστης 1
2. Την τελευταία εβδομάδα, πόσο συχνά είχατε πόνο ή ενόχληση σε οποιαδήποτε από αυτές τις περιοχές;
- Ποτέ 0
- Σπάνια 1
- Μερικές φορές 2
- Συχνά 3
- Συνήθως 4
- Πάντα 5
3. Την τελευταία εβδομάδα, είχατε:
- Πόνο ή κάψιμο κατά τη διάρκεια της ούρησης; 1
- Πόνο ή ενόχληση κατά τη διάρκεια ή μετά τον οργασμό (εκσπερμάτιση); 1
4. Ποιος αριθμός περιγράφει καλύτερα κατά μέσο όρο τον πόνο ή την ενόχληση που είχατε κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας;
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- καθόλου πόνος ο μεγαλύτερος πόνος που μπορείτε να φανταστείτε

Επίδραση (impact) των συμπτωμάτων

7. Την τελευταία εβδομάδα, τα συμπτώματά σας πόσο σας εμπόδιαν να κάνετε τα πράγματα, τα οποία συνήθως κάνετε;
- Καθόλου 0
- Λίγο 1
- Αρκετά 2
- Πολύ 3
8. Την τελευταία εβδομάδα, πόσο σκεφτήκατε τα συμπτώματά σας;
- Καθόλου 0
- Λίγο 1
- Αρκετά 2
- Πολύ 3

Ποιότητα ζωής

9. Εάν έπρεπε να περάσετε το υπόλοιπο της ζωής σας με τα συμπτώματα, που είχατε κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας, πως θα αισθανόσαστε;
- Πολύ ευχαριστημένος 0
- Ευχαριστημένος 1
- Κυρίως ικανοποιημένος 2
- Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος 3
- Κυρίως δυσαρεστημένος 4
- Δυστυχισμένος 5
- Πολύ δυστυχισμένος 6

Ούρηση

5. Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας, πόσο συχνά είχατε την αίσθηση της ατελούς κένωσης της ουροδόχου κύστης μετά το τέλος της ούρησης;
- Καμία φορά 0
- Λιγότερο από 1 φορά στις 5 1
- Λιγότερο από τις μισές φορές 2
- Περίπου τις μισές φορές 3
- Περισσότερο από τις μισές φορές 4
- Σχεδόν πάντα 5
6. Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας, πόσο συχνά θελήσατε να ουρήσετε σε χρονικό διάστημα λιγότερο από 2 ώρες από την προηγούμενη ούρηση;
- Καμία φορά 0
- Λιγότερο από 1 φορά στις 5 1
- Λιγότερο από τις μισές φορές 2
- Περίπου τις μισές φορές 3
- Περισσότερο από τις μισές φορές 4
- Σχεδόν πάντα 5

Δείκτης συμπτωμάτων ανά πεδίο

Πόνος: άθροισμα των 1α, 1β, 1γ, 1δ, 2, 3α, 3β και 4

Συμπτώματα ούρησης: άθροισμα των 5 και 6

Επίδραση στην ποιότητα ζωής: άθροισμα των 7, 8 και 9

Δείκτης (score) πόνου και ούρησης: άθροισμα από το 1 μέχρι το 6

Ήπιος=0-9

Μέτριος=10-18

Σοβαρός=19-31

Συνολικό score: 0-43.

⇒ Η διαφορική διάγνωση μεταξύ των κατηγοριών II και III αήλη και μεταξύ των υποκατηγοριών IIIa και IIIβ βασίζεται στη δοκιμασία Meares-Stamey. Η δοκιμασία αυτή περιλαμβάνει ένα πρώτο δείγμα ούρων (VB1) που αντιστοιχεί στο περιεχόμενο της ουρήθρας, ένα δεύτερο δείγμα (VB2) που αντιστοιχεί στο περιεχόμενο της ουροδόχου κύστης, ένα δείγμα προστατικού εκκρίματος μετά από μάλαξη του προστάτη (EPS) και ένα δείγμα ούρων μετά τη μάλαξη που περιέχει ούρα και προστατικό έκκριμα μαζί (VB3).

Για τη διάγνωση της χρόνιας βακτηριακής προστατίτιδας απαιτείται η ανεύρεση τουλάχιστον δεκαπλάσιου αριθμού αποικιών ανά ml ενός μικροβίου στο δείγμα της προστατικής έκκρισης ή στο μετά τη μάλαξη ηηφθέν δείγμα των ούρων, σε σχέση με τον αριθμό των αποικιών που ανευρίσκονται στα δείγματα των ούρων πριν τη μάλαξη.

Αντίθετα, στο σύνδρομο του χρόνιου πυελικού άλγους δεν ανευρίσκονται στην καλλιέργεια των δειγμάτων ουροπαθογόνα μικρόβια. Η διαφορική διάγνωση μεταξύ των κατηγοριών IIIa και IIIβ βασίζεται στην ανεύρεση πυοσφαιρίων στο δείγμα EPS ή στο VB3 ή και στα δυο. Περισσότερα από 10 ηευκοκύτταρα ανά οπτικό πεδίο μεγάλης μεγέθυνσης συνηγούρου υπέρ της κατηγορίας IIIa⁵.

Παρόλη αυτά, αυτό το σύστημα ταξινόμησης δε στερείται προβλημάτων, καθώς από κάποιους ερευνητές ασκείται κριτική για τη διαγνωστική χρησιμότητα της δοκιμασίας Meares-Stamey. Μελέτη του Nickel και

συνεργατών δημοσιευμένη στο Journal of Urology έδειξε ότι η θεραπεία με κινολόνη διάρκειας 12 εβδομάδων είχε το ίδιο θεραπευτικό αποτέλεσμα σε ασθενείς που είχαν ταξινομηθεί και στις δυο κατηγορίες χρόνιας προστατίτιδας (II, IIIa και IIIβ)⁶. Προκειμένου να εκτιμηθεί η βαρύτητα των συμπτωμάτων και η επίδραση αυτών στην ποιότητα ζωής, έχουν κατά καιρούς αναπτυχθεί διάφορα ερωτηματολόγια, με πιο αποδεκτό και έγκυρο το ερωτηματολόγιο NIH (National Institutes of Health-Chronic Prostatitis Symptom Index), το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο σε ερευνητικά πρωτόκολλα όσο και στην κλινική πράξη⁷ (πίνακας 1).

Θεραπεία

Σήμερα, υπάρχουν λίγες σωστά σχεδιασμένες τυχαιοποιημένες μελέτες για τη χρόνια προστατίτιδα. Η μελέτη του Nickel και συν. όπως προαναφέρθηκε έδειξε ότι χορήγηση κινολονών μπορεί να είναι χρήσιμη για τους ασθενείς με χρόνια προστατίτιδα ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα της δοκιμασίας Stamey⁶.

Οι a-blockers φαίνεται επίσης ότι είναι αποτελεσματικοί στο σύνδρομο χρόνιας πυελικού άλγους, όταν χορηγούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα⁸.

Η χρησιμότητα της φιναστερίδης έχει επίσης μελετηθεί σε πολυκεντρική τυχαιοποιημένη μελέτη, η οποία κατέδειξε όφελος αυτής σε σχέση με την placebo χορήγηση, αήλη η διαφορά στην ανταπόκριση δεν έφτασε σε στατιστικά σημαντικά επίπεδα⁹.

Μέχρι να διευκρινιστεί πλήρως η παθοφυσιολογία της χρόνιας προστατίτιδας και να προκύψουν και τα αποτελέσματα των διαφόρων μελετών που βρίσκονται σε εξέλιξη, η θεραπεία της χρόνιας προστατίτιδας παραμένει εμπειρική.

Ως γενικά μέτρα συστήνονται τα ζεστά μπάνια στην περιοχή, διαιτητικές οδηγίες όπως η αποφυγή αλκοόλη και πικάντικων φαγητών και η κατά το δυνατόν αποφυγή του stress.

Οι ασθενείς με χρόνια βακτηριακή προστατίτιδα αντιμετωπίζονται με χορήγηση κινολονών για μεγάλο χρονικό διάστημα (4 έως 12 εβδομάδες). Σε δύσκολες ή υποτροπιάζουσες περιπτώσεις μπορεί να ακολουθηθεί προφυλακτική χημειοθεραπεία και μαλάξεις προστάτη, ενώ η χειρουργική θεραπεία πρέπει να θεωρείται η τελευταία επιλογή. Το σύνδρομο του χρόνιου πυελικού άλγους, που είναι και ο πιο συχνός τύπος χρόνιας προστατίτιδας, είναι δύσκολο να αντιμετωπιστεί. Σε αυτούς τους ασθενείς χορηγείται αντιβιοτική αγωγή διάρκειας 4 εβδομάδων, τουλάχιστον στο φλεγμονώδη τύπο, με δράση έναντι πιθανών μικροβίων όπως τα χλαμύδια και το ουρεόπλάσμα. Επίσης χορηγούνται a-blockers (ιδίως όταν υπάρχουν αποφρακτικά συμπτώματα), μυοχαλαρωτικά όπως η διαζεπάμη και η βακλοφαίνη και αντιφλεγμονώδη. Άλλες θεραπευτικές επιλογές είναι η φιναστερίδη (ιδίως όταν συνυπάρχει υπερπλάσια προστάτη), η φυτοθεραπεία και οι μαλάξεις του προστάτη και του περινέου. Στις πολύ δύσκολες περιπτώσεις η χειρουργική θεραπεία (TURP-TUMT) αποτελεί επιλογή,

εφόσον δεν υπάρχει αντένδειξη, ενώ για κάποιους μπορεί να είναι απαραίτητη η ψυχολογική υποστήριξη¹⁰.

Βιβλιογραφία

1. Krieger JN, Nyberg LJ, Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis. JAMA 1999; 282:236-237.
2. Meares EM. Acute and chronic prostatitis. Diagnosis and treatment. Infect Dis Clin North Am 1987; 1:855-873.
3. Mears E. Prostatitis. Med Clin North Am 1991; 75:405-424.
4. Orhan I, Onur R, Ilhan N, Ardicoglu A. Seminal plasma cytokine levels in the diagnosis of chronic pelvic pain syndrome. Int J Urol 2001; 8:495-499.
5. Nickel JC. Prostatitis evolving management strategies. Urol Clin North Am 1999; 26:737-751.
6. Nickel JC, Downey J, Johnston B, et al. Predictors of patient response to antibiotic therapy for the chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective multicenter clinical trial. J Urol 2001; 165:1539-1544.
7. Litwin MS, McNaughton-Collins M, Fowler FJ, et al. The National Institutes of health chronic prostatitis symptom index: Development and validation of a new outcome measure. J Urol 1999; 162:369-375.
8. Narayan P, McKay J, Doyle C. A six week double-blind pilot study of tamsulosin versus placebo in patients with chronic non-bacterial prostatitis/chronic pelvic pain. J Urol 2002; 167:24.
9. Downey J, Nickel JC, Pontari MA, et al. Randomized placebo controlled multicenter pilot study to evaluate the safety and efficacy of finasteride in the treatment of male chronic pelvic pain syndrome: category IIIa CPPS. J Urol 2002; 167:26.
10. Nickel JC. Prostatitis and related conditions. In: Campbell's Urology Saunders, 2002: 603-625.

