

Prostatitidy – praktické poznámky k diagnostice a léčbě

MUDr. Martina Poršová¹, MUDr. Ivan Kolombo, FEBU², MUDr. Jaroslav Porš³

¹Urologické oddělení, Oblastní nemocnice Mladá Boleslav

²Urologická klinika, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

³Urologická ambulance a chirurgické oddělení, Nemocnice Turnov, Krajská nemocnice Liberec

V současnosti používáme pro celý soubor onemocnění označení prostatický syndrom. Příčinný patogen nacházíme jen v pěti až deseti procentech případů. EAU (European Association of Urology) doporučuje klasifikaci navrženou NIDDK/NIH (National Institute of Diabetes, Digestive and Kidney Diseases/National Institutes of Health). Při stanovení diagnózy vycházíme ze symptomatologie a nálezů leukocytů a etiologického agens v prostatě a jejích sekretech. U většiny pacientů je léčba empirická.

Klíčová slova: akutní a chronická bakteriální prostatitida, syndrom chronické pánevní bolesti, asymptomatická prostatitida.

Prostatitis – practical notes to diagnostics and treatment

We use term „prostatic syndrome“ instead of the term „prostatitis“ recently. Ethiological agent can be found in only five to ten percent of all cases. European Association of Urology recommends classification suggested by NIDDK/NIH (National Institute of Diabetes, Digestive and Kidney Diseases/National Institutes of Health). Diagnosis of this syndrome is based on symptomatology and presence of leukocytes and ethiological agent in the prostate and in its secretions. Treatment of the most patients is empirical.

Key words: acute and chronic bacterial prostatitis, chronic pelvic pain syndrome, asymptomatic prostatitis.

DIAGNÓZA A KLASIFIKACE

Vycházíme z potíží nemocného a z **průkazu známek zánětu (leukocytů) a infekce (etiologického agens)** v prostatě/sekretech vylučovaných žlázou (prostatický exprimát – po masáži prostaty se objeví při zevním ústí močové trubice, první porce moči po masáži prostaty – moč s příměsí prostatického exprimátu a ejakulát) (1).

Klasifikace prostatického syndromu podle NIDDK/NIH (2)

I.	Akutní bakteriální prostatitida (ABP)	Akutní infekce prostaty, prokazujeme známky zánětu i infekce v prostatě/sekretech
II.	Chronická bakteriální prostatitida (CBP)	Chronická nebo recidivující infekce prostaty, prokazujeme známky zánětu i infekce v prostatě/sekretech
III.	Syndrom chronické pánevní bolesti (CPPS)	Bez prokazatelné infekce
III.A	■ zánětlivý typ	Přítomnost leukocytů v prostatě/sekretech
III.B	■ nezánětlivý typ	Bez průkazu leukocytů
IV.	Asymptomatická prostatitida (AP)	Asymptomatický pacient, náhodný nález zánětu při histologickém vyšetření vzorků prostaty (biopsie prostaty) nebo ejakulátu (vyšetření pro neplodnost)

BAKTERIÁLNÍ PROSTATITIDY

- v prostatě/sekretech prokazujeme etiologické agens i zánětlivé buňky
- rozdělení: **akutní a chronické** – podle **délky** trvání příznaků (u CBP souvisle nebo intermitentně déle než 3 měsíce)
- původci: jisté patogeny – **běžné uropatogeny třídy Enterobacteriaceae** (*E. coli*, *Klebsiella sp.*, *Proteus mirabilis*, *Enterococcus faecalis*, *Pseudomonas aeruginosa*), **diskutované patogeny** – Gram-pozitivní koky nebo intracelulární patogeny (*Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*) – pravděpodobně vyvolávají subklinický zánět, který oslabuje místní obranyschopnost prostatické tkáně a usnadňuje uchycení klasických uropatogenů v prostatě
- šíření infekce: **descendentně** (z infikovaného postmikčního rezidua v močovém měchýři při subvezikální obstrukci), **iatrogeně** (po instrumentaci v močových cestách – endoskopické výkony, katetrizace) (3)

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Martina Poršová, martinaporsch@seznam.cz
Urologické oddělení, Oblastní nemocnice Mladá Boleslav
Tř. Václava Klementa 147, 293 01 Mladá Boleslav

Cit. zkr: Urol. praxi 2018; 19(2): 86–88
Článek přijat redakcí: 8. 1. 2018
Článek přijat k publikaci: 5. 3. 2018

I. AKUTNÍ BAKTERIÁLNÍ PROSTATITIDA (ABP)

Diagnózu akutní prostatitidy stanovíme na základě potíží nemocného, fyzikálního a laboratorního vyšetření. Ultrasonografie ledvin a močového měchýře je vhodným doplňkovým vyšetřením.

Klinický obraz:

- bolest (v suprapubické a perineální oblasti, v oblasti konečníku)
- mikční obtíže (strangurie, bolestivá mikce, polakisurie, urgence, oslabení proudu moči, obtížné močení až močová retence při edému a spasmu v oblasti hrdla močového měchýře)
- **celkové příznaky** (horečka, zimnice, třesavka, slabost, únava, nauzea) (4)

Fyzikální nález:

- schvácenost, tachykardie, tachypnoe, ev. hypotenze až septická reakce vyžadující okamžitou hospitalizaci a komplexní terapii
- palpační bolestivost v oblasti podbřišku
- **per rectum** – zvětšená, těstovitě prosáklá prostata nepravidelného tvaru, palpačně bolestivá (3)

Laboratorní nález:

- elevace **zánětlivých parametrů v krvi** (CRP, leukocytóza)
- přítomnost **leukocytů a bakterií v moči** (moč na mikroskopické a kulturační vyšetření odebíráme před zahájením antimikrobiální empirické terapie), sekrety nevyšetřujeme (masáž prostaty kontraindikována vzhledem k výrazné palpační bolestivosti a pro nebezpečí dalšího šíření infekce a vzniku bakteriemie (5))
- elevace prostatického specifického antigenu – PSA (pokles na původní hodnotu trvá až tři měsíce)
- odběr hemokultur při febriliích

Komplikace:

- absces prostaty
- přechod v chronickou bakteriální prostatitidu (v 5 % případů)

Terapie:

- **antimikrobiální** (v akutním stadiu je prostatická bariéra propustná pro většinu antibiotik bez ohledu na jejich liposolubilitu) (6)
- **ambulantní** léčba méně závažných případů: fluorochinolony nebo trimetoprim/kotrimoxazol v celkové délce 2–4 týdny (doporučení EAU), lépe 6–8 týdnů v rámci prevence přechodu do chronického stadia
- léčba **za hospitalizace** při závažném průběhu: parenterální aplikace vysokých dávek baktericidních antibiotik (širokospektré peniciliny, cefalosporiny II. nebo III. generace, fluorochinolony nebo jejich kombinace) (1), vstupně možno kombinovat s aminoglykosidy, po ústupu febrilií a normalizaci zánětlivých parametrů přechod na perorální antibiotika
- **další opatření:** hydratace, spazmoanalgetika, nesteroidních antiflogistika, alfablokátory
- derivace moči při **retenci močové** založením punkční epicystostomie (alternativně zavedení tenkého močového katétru Ch 12–14 přes močovou trubici, pokud je prostatická uretra volně průchodná)
- **absces** prostaty: malý – antibiotická léčba, větší a dobře kolikovaný – derivace jednorázovou punkcí nebo drenáží (transrektální, transperineální ev. transuretrální cestou u centrálně uložených abscesů) (5)

II. CHRONICKÁ BAKTERIÁLNÍ PROSTATITIDA (CBP)**Klinický obraz:**

- opakované infekce močových cest u 25–45 % pacientů (CBP je nejčastější příčinou **recidivujících infekcí močových cest u mužů**) (3)
- mezi epizodami akutní infekce jsou muži asymptomatictí nebo mají mírné až středně závažné iritační mikční potíže a bolesti nebo dyskomfort v perianogenitální oblasti (na hrázi s iradiací do zevního genitálu a v tříslech)

Fyzikální a laboratorní vyšetření:

- per rectum: normální, zvětšená i zmenšená prostata, vazivově změněná, hrbolatá nebo tuhá
- **leukocyty a bakterie** v prostatických sekretech/moči

Terapie:

- **perorální antibiotika** po dobu 4–6 týdnů – fluorochinolony (ofloxacin a ciprofloxacin) ev. trimetoprim/kotrimoxazol (1), tetracykliny a makrolidy při podezření na intracelulární patogeny
- před nasazením odebereme moč a prostatické sekrety na mikroskopické a kulturační vyšetření, při průkazu leukocytů zahájíme antimikrobiální empirickou léčbu, po dvou týdnech vyhodnotíme klinickou účinnost léčby – pokračujeme pokud je léčba účinná a/nebo při pozitivním kulturačním nálezu

III. SYNDROM CHRONICKÉ PÁNEVNÍ BOLESTI (CPPS)

- v moči/prostatických sekretech neprokazujeme bakterie
- **zánětlivý/nezánětlivý typ** – přítomnost/absence leukocytů v prostatických sekretech (7)

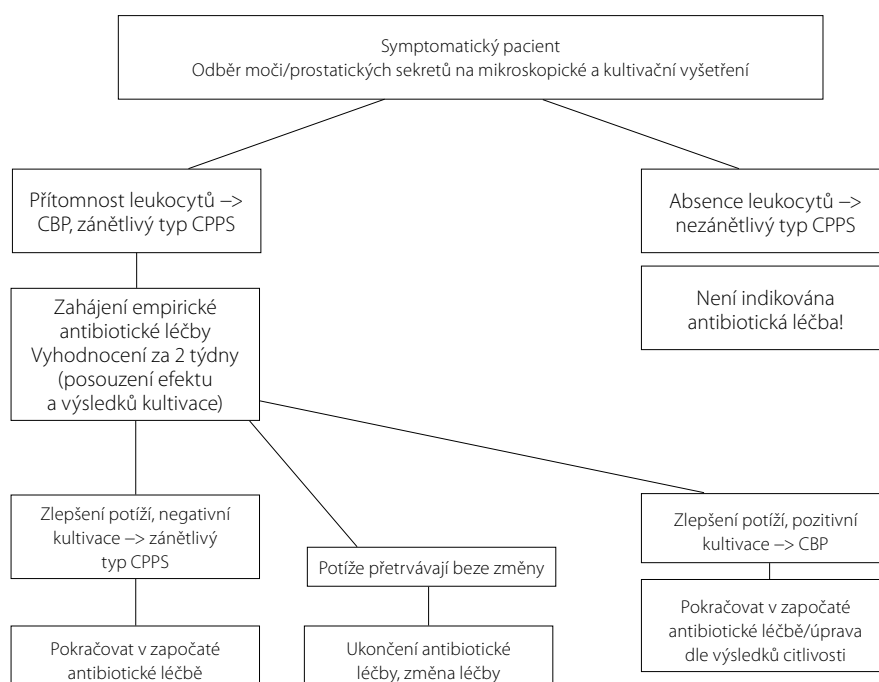
Klinický obraz:

- příznaky nespecifické, mírné nebo středně závažné, významným způsobem **ovlivňující kvalitu života mužů, psychická fixace**
- nepříjemné pocity nebo dyskomfort v oblasti perinea, penisu, varlat, třísel, křížové a suprapubické oblasti, bolest při nebo po ejakulaci, mikční potíže, potíže při defekaci, sexuální dysfunkce

Terapie:

- není kauzální, spíše **symptomatická**, často potíže neodstraníme, lze je jen zmírnit (různé patofyziologické mechanismy, příčiny zatím nejasné, vycházející nejenom z prostaty, ale i z okolních orgánů) (8)
- **obtížná a dlouhodobá**
- antimikrobiální terapie (fluorochinolony, trimetoprim/kotrimoxazol, makrolidy, tetracykliny) pouze u zánětlivého typu CPPS
- před nasazením odebereme moč a prostatické sekrety na mikroskopické a kulturační vyšetření, při průkazu leukocytů zahájíme antimikrobiální empirickou léčbu, po dvou týdnech vyhodnotíme klinickou účinnost léčby – pokračujeme pouze pokud je léčba účinná (u CPPS je kultivace vždy negativní) (8)
- další možnosti léčby: anticholinergika, alfablokátory, fytopreparáty, analgetika a antiflogistika, léky ovlivňující CNS, masáže prostaty, rehabilitace pánevního dna a režimová opatření (vyvarovat se alkoholu a kořeněných jídel, omezit dlouhé sezení, jízdu na kole, péče o pravidelnou stolici, pravidelný pohlavní styk) (8, 9, 10)

Obr. 1. Algoritmus diferenciální diagnostiky a terapie CBP a CPPS



IV. ASYMPTOMATICKÁ (HISTOLOGICKÁ) PROSTATITIDA (AP)

- **náhodný nále** zánětu ve spermatu (při vyšetření pro infertilitu) nebo vzorcích prostaty (odebraných při bioptickém vyšetření k vyloučení adenokarcinomu prostaty)
- pacient **bez klinických příznaků** (11)

*Autorka prohlašuje, že zpracování článku
nebylo podpořeno žádnou společností.*

LITERATURA

1. Naber KG, Bergman B, Bishop MC, et al. Guidelines of Urinary and Male Genital Tract Infections. European Association of Urology, 2003.
2. Workshop Committee of the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Chronic Prostatitis Workshop, Bethesda, MD 1995 December; 7–8.
3. Poršová M, Kolombo I, Hanuš T, Porš J, Bartůněk M. Nejčastější klinické obrazy infekcí močových cest. In: Kolombo I, Hanuš T, Porš J, Poršová M, et al. Infekce močových cest pro praktické lékaře a specialisty. Galén 2007: 211–247.
4. Belej K. Prostatický syndrom-bakteriální záněty. Urol Praxi 2007; 3: 113–118.
5. Lim DJ, Schaeffer AJ. Prostatitis syndromes. AUA Update Series 1993; Houston Texas, Lesson 1, Volume XII.
6. Bartoníčková K. Uroinfekce. Galén 2000.
7. Poršová M, Porš J, Kolombo I, Pabišta R. Prostatický syndrom. Urol Praxi 2006; 1: 24–27.
8. Belej K. Prostatický syndrom – syndrom chronické pánevní bolesti. Urol Praxi 2007; 8(4): 153–157.
9. Bartoníčková K. Infekce močových cest u urologických nemocných. In: Teplan V, Horáček M, Běbrová E, Janda J a kol. Infekce ledvin a močových cest v dospělém a dětském věku. Praha Grada Publishing 2004: 127–151.
10. Shoskes DA, Zeitlin SI. Use of prostatic massage in combination with antibiotics in the treatment of chronic prostatitis. Prostate cancer and prostatic diseases, 1999; 2: 159–162.
11. Nickel CJ. Prostatitis and related conditions. In: Walsh PC, et al. Campbell's Urology CD-Rom. Volume 1, Section 4, Chapter 15, Copyright 2002, Elsevier Science (USA).