

PROSTATODYNIE – ZORNÉ POLE UROLOGA (ČÁST I.)

MUDr. Dušan Fügner

Nemocnice Šumperk spol. s r. o.

Prostatodynie/CPPS (chronic pelvic pain syndrome) je stav klinicky podobný bakteriální prostatitidě. Nereaguje na běžnou antibiotickou léčbu. Infekci nelze prokázat, etiologicky je zvažován autoimunitní proces. Součástí je často bolestivý hypertonus svalů dna pánevního.

Klíčová slova: prostatitis chronica, prostatodynie, syndrom chronické pánevní bolesti.

PROSTATODYNIA – A UROLOGIST'S SPHERE

Prostatodynie/CPPS (chronic pelvic pain syndrome) is a situation similar to bacterial infection of prostate. It does not respond to antibiotic therapy. No infection can be proved. Autoimmune process is considered. Painful hypertone of pelvic floor muscles participates.

Keywords: Chronic prostatitis, prostatodynie, chronic pelvic pain syndrome.

Úvod

Máloco zjeví vlasy běžného urologa (pokud ještě nějaké zbyly), jako další klient s „prostatitickými“ potížemi. Ne nadarmo má toto onemocnění přezdívku „crux aegrotorum, crux medicorum“. Urolog je frustrován jak množstvím nových a stále se s recidivami vracejících „obtížných nemocných“ (psychologická kategorie), tak častým léčebným neúspěchem, ať už dodrží, či nedodrží spíše tradované než ověřené postupy vyšetření a léčby. Dodnes většina z nás alibisticky řeší problém slepou dlouhodobou kúrou antibiotik. Návrat takového „přeléčeného“ nemocného je „neočekávaným a nemilým překvapením“.

Výskyt

Kategorie III, kdy prostatodynie tvoří její podkategorii B, je téměř všeobjímající. Zahrnuje zhruba 90 % všech prostatitid. Jakožto třetí základní choroba prostaty je prostatitida velkým zdravotním i ekonomickým problémem. V prostatitidě kategorie I-III má původ 25 % potíží udávaných nemocnými v urologických ordinacích. Kategorie IV je asymptomatická a budí vrásky na čele často vyšším PSA.

Prostatitida je nejčastější urologickou diagnózou u mužů do 50 let a třetí nejčastější u mužů nad 50 let. Incidence je 6–7 %, prevalence 10 % u mužů od 20 do 74 let (1). Urolog se setká podle statistik s „prostatitkem“ každý pracovní den v roce a 30 % z nich jsou nově příchozí (2). Prostatodynie neohrožuje život. Kvalitu života však snižuje stejně jako onemocnění věnčitých tepen. Na mentální zdraví má stejný dopad jako cukrovka nebo městnavé srdeční selhávání (3).

Přístup založený na důkazech k diagnostice a hlavně léčbě je základním problémem tohoto onemocnění (4). Pro prostatodynii se používá jako synonyma či doplnění pojem chronický pánevní bolestivý syndrom (dále CPPS). Tento termín volně označuje jakoukoliv nevysvětlenou bolest v pánvi u muže sdruženou s:

1. necharakteristickými potížemi při močení
2. bolestmi lokalizovanými kdekoli v tříslech, zevním genitálu a na hrázi nebo v jejich okolí při nichž
3. chybí leukocyturie a bakteriurie
4. na přítomnosti leukocytů a bakterií v exprimátu či ejakulátu nebo v moči po masáži prostaty podle současných názorů už nezáleží

5. histologický zánětlivý nález je běžný i u jiných onemocnění prostaty (tabulka 1).

Rozdělení na chronickou non-bakteriální prostatitidu (III. A) a prostatodynii (III. B) je pouze akademické a pro běžnou praxi nic nepřináší. Obě onemocnění jsou od sebe podle příznaků nerozlišitelná. Neexistuje rozdílný a efektivní způsob rozhodující a konečné léčby. Častá je erektilní dysfunkce a pokles libida – je třeba se aktivně a taktně zpatat. Pro nemocného s prostatodynii jsou pohlavní orgány zdrojem tabu a rozkrok příliš privátní zónou.

Klinika

Žádný z fyzikálních nálezů není patognomický. Prostatata je jen někdy lehce kongestivní, či středně bolestivá. Navíc okolí předstojné žlázy bývá palpačně bolestivé víc než prostata sama!

Tato vyšetření mají především hodnotu diferenciálně diagnostickou zaměřenou spíše na ca prostatae a ca recti. Prostatodynie je v podstatě diagnózou per exclusionem.

Archetypem je rozlišení mezi dvěma diagnózami per exclusionem – prostatodynii a intersticiální cystitidou u muže. Neexistuje definitivní diagnostický test ani na jedno z těchto onemocnění. V roce 2001 byl u AUA zpočtybněn Parsonsův test citlivosti na draslík. Parsons (5) sám tvrdí, že tento test je pozitivní i u mužů s prostatodynii a obojí může být projevem dysfunkce epitelu dolních močových cest (CAG layer deficiency). Jeho názor podporuje i efekt léčby heparinoidy (Elmiron) a rodinný výskyt

Tabulka 1. Bolest nebo nepříjemné pocity

v penisu, ve varlatech, nad stydkou sponou
bolesti dolní části zad vystřelující na adduktorovou stranu dolních končetin, do třísel a na hráz
bolesti při a hlavně po ejakulaci!
bolesti při sezení
pocit cizího tělesa vysoko v konečníku – nedá se vytlačit
nutkavé a časté močení
pocit palčivosti při a po močení
nové nucení těsně po vymočení
nepříjemné pocity v pánvi

intersticiální cystitidy a prostatodynie u sourozenců obého pohlaví.

Podstatnější v diferenciální diagnostice je ale vyloučení život ohrožujících onemocnění, jako je karcinom močového měchýře (zvláště *ca in situ*), *ca* prostaty a *ca* rekta. Indikujeme-li cystoskopii, pak vždy v anestézii a podle některých autorů by měla zahrnovat biopsii a hydrodistenzi. Je vhodné vyloučit i subvesikální obstrukci. Opět je ale nutno vzít v úvahu i jiné okolnosti než čistě medicínské. Rozhodující je souhlas vhodně poučeného nemocného.

Laboratorní vyšetření moči a exprimátu

V roce 2002 NIH Chronic Prostatitis Cohort Study (7) prokázala, že počty leukocytů a bakterií v moči, ejakulátu a exprimátu nekorelují s tíží příznaků. Příznaky jsou vyvolány jinými faktory. U muže se symptomy prostatitidy vyšší hladina PSA hovoří spíše pro bakteriální chronickou prostatitidu. Není zatím ověřeno (8).

Zobrazovací metody

Jsou použitelné jen k vyloučení jiných lépe definovatelných a léčitelných příčin potíží nemocného.

Masáž prostaty

Masáží prostaty lze získat exprimát. S ohledem na výše uvedené skutečnosti je její diagnostický význam pochybný. Co do léčebného efektu je evakuace acinů sporná. Vždy je spíše bolestivost a poté úleva po masáži paraprostaticky.

Uvolňuje masáž spasmus musculi levatoris ani? Mezi urology se této problematice začali věnovat Shoskess a Wise ze Stanfordu v Kanadě (1999). Druhý z autorů se využitím získaných poznatků zbavil svých potíží po 22 letech trvání. Zermann v roce 1999 (9) elektromyograficky zaznamenal přítomnost vysokého tonu a neschopnost svalstva dna pánevního se zrelaxovat. Elektromyografické vyšetření ale nepatří ke standardu. Hypertonus se projeví

i při uroflowmetrii přerušováním proudu a snížením maximálního průtoku.

Léčba

Největším zdrojem oboustranného zklamání z léčby je neznalost základních příčin onemocnění. Kausální léčba neexistuje a její standardy nejsou možné. Jde spíše o jakési „hrací plány“ podle toho, k jaké verzi možných příčin se lékař přiklání (tabulka 2).

Shrňme-li tabulku 2, jde o tři základní názory:

1. prostatodynie je způsobena tenzní poruchou svaloviny pánve
2. prostatodynie je způsobena neznámými (neodhalenými) mikroorganismy ve žláze
3. prostatodynie je autoimunní chorobou.

Každý odborník je při rozhodování „zatížen svým oborem“. Není proto žádným překvapením, že většina urologů se přikloní k názoru 2 a 3. V léčbě se zaměří na antibiotika. Je přesvědčen, že se dobře koncentrují v prostatické tkáni, aniž to kdy bylo potvrzeno či vyvráceno. Antibiotika stále zůstávají i v léčbě prostatodynie (IIIB) v běžné praxi metodou volby. Téměř každý urolog raději jednu počáteční kúru zkusí. De la Rosette a ost. (10) na 409 mužích srovnávali účinek léčby antibiotiky a diazepamem. Efekt léčby byl stejný. Podle Meares Jr. (11) nejsou antibakteriální léky ani účinné ani indikované v léčbě nebakteriální prostatitidy ani prostatodynie. Přesto jsou dodnes doslova ze zoufalství a snahy pro nemocného něco udělat předepisovány mnohočetné antibiotické kúry, někdy po nezvykle dlouhou dobu. A výsledek? Některým nemocným se po dlouhodobé kúře redukovanou dávkou antibiotik uleví. Nebylo zatím prokázáno jde-li o spontánní remisi onemocnění, o placebo efekt nebo následek potlačení nedetekovaného mikroorganismu. Vždy je třeba mít na paměti staré pravidlo: neexistuje antibiotikum bez potenciálu ke komplikacím. Nelze zapomínat na náklady na takovou léčbu. Jakákoliv antibiotika by se neměla podávat déle než 28 dní.

Alfablokátory jsou užitečné (Neal (12))

Barbalias (1998) je používá v kombinaci s antibiotiky. Tyto léky mají s největší pravděpodobností centrální účinek a možný přímý účinek na žíhané svalstvo.

Nesteroidní antiflogistika – antirevmatika

Jejich efekt byl již částečně ověřen. Filozofie této léčby vychází z používání těchto preparátů u jiných autoimunních onemocnění. Léky jako myorelaxancia, antikonvulziva a především antidepresiva jsou již lehce mimo zorné pole denní urologické praxe.

Účinek fyto preparátů nebyl dosud ověřen. Pracovat s nemocným s prostatodynií (CPPS) je náročné i pro toho nejempatičtějšího lékaře. Nemocný je tenzní, obezřetný, nedůvěřivý. Porovnává a pochybuje a většinou nebudeme prvním urologem, kterého navštívil. Hlavním úkolem je získat jej ke spolupráci, při níž musí dojít k oboustranné

Tabulka 2. Tradované příčiny prostatodynie

opakovaná perineální traumata – dříve jízda na koni, dnes horské kolo
excesy v sexu a životním stylu
kapavka v předchorobí
infekce – možné atypické organizmy
autoimunní onemocnění po infekci žlázy atypickými organizmy (nejnovější názor z roku 2003)
chemicky indukovaný zánět z refluxu moči do prostatických ductů
nepoznaná mikční dysfunkce
pseudodyssynergie
non-infekční zánětlivé procesy
stavy podobné rejekci po transplantaci
neurogenní záněty
viry
forma coeliakie
funkční somatický syndrom s vazbou na stres
tzv. mind–body concentration
tenzní myalgie dna pánevního
alergie

shodě. Nemocnému vhodně vysvětlíme: prostatodynie je stav, ne nemoc, nechvalně známý bolestí. Stav je léčitelný, ale ne plně kurabilní. Léčba založená na spolupráci učiní stav snesitelným a časem dojde ke stabilizaci...

Pak existuje řada léčebných postupů. Vždy začneme úlevou od bolesti a maximálně jedním dalším známým opatřením. Poskytneme dost času, aby se opatření mohla projevit. V každém případě nemocnému s prostatodynií věříme že má potíže. Neváháme ani s konzultací odborníka přes mentální zdraví. Návštěvy nemocného v ordinaci musí mít pevný řád a komunikace pevná pravidla. Nikdy nedáváme nemocnému nelibost nad tím, že současně konzultuje své potíže s jinými lékaři či dokonce léčiteli. Úkol je jeden: nemocný musí svůj stav dostat pod vlastní kontrolu, získat náhled.

Masáž prostaty byla již zmíněna

Role ejakulace v léčbě (14)

V roce 1999 uveřejnili Yavaschoglu a spol. práci o vlivu frekvence ejakulací na průběh prostatodynie. Doporučili dvě a více ejakulací týdně prostřednictvím masturbace po dobu šesti měsíců u 34 svobodných mužů (věřící islámistě). Efekt byl u 78 % masturbujících.

Vyčkávání na poluce stav zhoršovalo

Pro zajímavost: medicína 19. a části 20. století doporučovala pravý opak. Není výjimkou, že nezakáže-li koitus či masturbaci lékař, nemocný s prostatodynií si je zakáže sám.

Přikloní-li se urolog k názoru jedna o tenzní myalgii dna pánevního (15, 16), je velmi vhodné spolupracovat se

zajímavým rehabilitačním lékařem. Tato problematika bude probírána v dalším sdělení.

Dietní opatření

Je klasickou zkušeností lékařů, že jedním z prvních dotazů, byť i těžce nemocných (tím spíše jejich příbuzných) je: „Co můžu jíst?“ Klasicky doporučujeme omezení tzv. prostatických iritantů jako jsou káva, čaj, „bublinkové“ nápoje, kořeněná jídla.

Otázka alkoholu je sporná. Alkoholismus sám může být vyvolávacím momentem prostatodynie i erektilní dysfunkce. Je ale prokázáno, že večerní rozumná dávka vína snižuje nykturii a subjektivní potíže dané prostatodynií. U řady nemocných přinese úlevu i přirozená alkalizace moči zvýšeným podílem rostlinné stravy v dietě.

Velmi dobrý účinek, hlavně při náhlém znovuvzplanutí potíží, přinesou horké sedací koupele, kdy je ponořena jen oblast pánve a nikoliv nohy.

Časově náročné, ale vhodné, je zainteresovat nemocného písemně formou rozšířeného mikčního deníku. Zaznamená i okolnosti, které podle názoru nemocného vyvolaly znovuvzplanutí. Je to nejen zdroj informací pro lékaře, ale především takto nemocný získává náhled na svůj zdravotní stav.

Závěr

Prostatodynie je dlouhodobá, ne-li trvalá, a nemocný se se svým lékařem setkává často a dlouho. Vždy hrozí nebezpečí tzv. „už jednou příští diagnózy“. Jakékoliv znovuvzplanutí potíží nebo změna standardu vyžaduje přešetření. Žádný „dlouhodobý prostatitik“ není uchráněn před možností vývoje jiného život ohrožujícího onemocnění.

Literatura

- Collins MM, Carson CC, et al. How Common is Prostatitis? A National Survey Visits. J. Urol 1998; 159: 1224-1228.
- Downey J, Nickel JC, et al. Prevalence of Prostatitis - like Symptoms in a Population Study: Use of the NIH - Chronic Prostatitis Symptom Index NIH - PPSI: J. Urol 2000; 164: 1048-1053.
- Krieger JN, Egan KJ, et al. Chronic Pelvic Pains Represent the Most Prominent Urological Symptoms of „Chronic Prostatitis“, Urology 1996; 48: 715-721.
- Doble A. Evidence - based Approach to the Treatment of Prostatitis, Is it Possible? Current Urology Reports 2000; 1: 142-147.
- Parsons CL, Albo M. Intravesical Potassium Sensitivity Test in Patients with Prostatitis J. Urol 2002; 168: 1054-1057.
- Dimitrakov JD. A Case of Familial Clustering of Interstitial Cystitis and Chronic Pelvic Pain Syndrome, Urology 2001; 58: 281.
- NIH Chronic Prostatitis Cohort Study: Leukocyte and Bacterial Counts Do not Correlate with Severity of Symptoms in Men with Chronic Prostatitis: The National Institutes of Health Chronic Prostatitis Cohort Study, J. Urol 2002; 168: 1048-1053.
- Potts JM. Prospective Identification of National Institutes of Health Category IV Prostatitis in Men with Elevated Prostate. specific Antigen, J. Urol 2000; 164: 1550-1553.

- Zermann DH, Ishigooka M, Doggweiler R. Chronic Prostatitis: A Myofascial Pain Syndrome? Infect. Urol 1999; 12: 84-87.
- De la Rosette JJMCH, Rubregtse MR, et al. Diagnosis and Treatment of 409 Patients with Prostatitis Syndromes. Urology 1993; 41: 301-307.
- Meares EM Jr. Non. specific Infections of the Genitourinary Tract. In: Tanagho EH, Mc Anninch JW, eds Smith's General Urology 14 th. Ed. Norwalk, Conn: Appleton and Lange 1995: 231-234.
- Neal DE, Moon TD. Use of Terazosin in Prostatodynia and Validation of a Symptom Score Questionnaire Urology 1994; 43: 460-465.
- Barbali GA, Nikifordis D, et al. Alfa - blockers for the Treatment of Chronic Prostatitis in Combination with Antibiotics. J. Urol 1998; 159: 883-887
- Yavascaoglu I, Oktay B, et al. Role of Ejaculation in the Treatment of Chronic Non-bacterial Prostatitis. Int. J. Urol 1999; 6: 130-134.
- Segura JW, Opitz J. Prostatosis, Prostatitis or Pelvic Floor Tension Myalgia? J. Urol 1979; 122: 168-169.
- Zermann DH, Ishigooka M. Chronic Perineal Pain and Lower Urinary Tract Dysfunction-A Clinical Feature of the „Gulf War Syndrome“. World. J. Urol 2001; 19: 213-215.