

NÁVRAT MASÁŽE PROSTATY

MUDr. Dušan Fügner

Urologické oddělení, Nemocnice Šumperk, spol. s r.o.

Incidence a prevalence chronické prostatitidy (syndromu chronické pánevní bolesti) roste do epidemických rozměrů. Byl to i nárůst nákladů na diagnostiku a léčbu tohoto onemocnění, který vyvolal nové výzkumy. Ty zpochybnily ve většině případů infekční původ syndromu.

Stará a dlouho opomíjená metoda – masáž prostaty – je stále účinná. Mění se pohled na mechanismus účinku masáže prostaty.

Motto: Světoznámý astrofyzik Stephen Hawking v poslední době sám popřel svou vlastní teorii z roku 1975 o definitivním pohlcování hmoty v černých dírách.

Úvod

Díky metodikám na důkazech založené medicíny (EBM) nastává podobná situace na poli výzkumu chronické prostatitidy spojené se syndromem chronické pánevní bolesti (CP/CPPS) (20, 32, 33).

Chronická prostatitis je všeobecně charakterizována jako infekce nebo inflamace (nebo obojí) předstojné žlázy. Kategorizace je založena na přítomnosti leukocytů a na bakteriální kultivaci ze čtyř vzorků (lokalizační testy). Je zajímavé, že tento „zlatý standard“ je založen na práci, která dlouhodobě sledovala 4 /!/ nemocné (17).

Závěry posledních velkých studií jsou v podstatě **nepotvrzením** teorie, ze které vychází poslední klasifikace. Závěry zní: „Neexistuje rozdíl v bakteriálních lokalizačních testech u nemocných s příznaky chronické prostatitidy a u zcela zdravých dobrovolníků“.

Jinými slovy: Zkouška čtyř sklenic není přínosem pro diagnostiku chronické prostatitidy. Totéž platí i pro počty leukocytů (2, 21, 32). Zkouška čtyř sklenic nemá ani předpovědní hodnotu pro léčbu CP.

Z ekonomického hlediska výsledky zdaleka neodpovídají vloženým finančním prostředkům.

Léčba chinolony subjektivně ulevuje u 57% nemocných bez ohledu na výsledek kultivace. Pozitivní kultivaci před započetím antibiotické léčby má jen 10% nemocných. Prokázalo se, že nemá cenu chinolony podávat déle než čtyři týdny. Jedním z řady možných vysvětlení je to, že antibiotika – zvláště chinolony – mohou mít ještě jiný efekt, zcela nezávislý na protibakteriálním účinku. O chinolonech je známo, že jejich antiinflamatorní a imunomodulační (supresivní) účinek je mnohem vyšší než účinek protibakteriální. Takovou zkušenost mají gastroenterologové při léčbě Crohnovy choroby a revmatologové při léčbě revmatoidní artritidy. Teoreticky jde o možné nastavení rovnováhy v činnosti cytokinů.

Existují studie, které zdůrazňují až 65% nepříznivých účinků chinolonů /i jiných antibiotik/ po delším užívání než jsou 4 týdny (22, 23, 26).

Čtyřtýdenní farmakologický pokus chinolony je u nemocných s příznaky CP/CPPS rozumný a bezpečný. Kultivace jsou zbytečné a navíc jen zvyšují náklady. V našich poměrech má jedna kultivace stejné náklady jako „farmakologický pokus“.

Vhodným a řadou autorů dnes znovu doporučovaným doplněním léčby je tzv. masáž prostaty. Ze subjektivního hlediska nemocného funguje dobře, ulevuje, její opakování je větší nou klienty žádané.

Jestliže je infekční původ chronické prostatitidy v poslední době tolik zpochybňován, proč masáž prostaty stále přináší subjektivní úlevu (3)? Bezděčné manipulace s prostatou rektální cestou jsou pod pojmem „Sokratova láska“ známy již od starověku. Jsou i současně kritici metody, kteří hovoří o pouhém placebo efektu či o pochybném dráždění tzv. mužského G bodu.

V odborné literatuře byla masáž prostaty jako léčebné opatření poprvé popsána Posnerem 1893. Za 11 let poté (1904) přichází Nothhaft s pojmem „prostatizmus“. U nás se problematikou masáže prostaty začal podrobně zabývat Šamberger (1931) a po druhé světové válce Kočvara a Kohlíček.

Masáž prostaty v době předantibiotické používaly generace urologů. Úroveň poznatků nesahala dál než k prostému „vytlačování komedonů“ z vývodů prostatických acinů. Tento mechanistický předpoklad drenážních manipulací s prostatou nebyl dosud vědecky ověřen.

V roce 1968 Meares a Stamey zavedli 4-sklenicovou lokalizační zkoušku (i když prostatický exprimát byl poprvé kultivován už v roce 1913). Tak bylo možno poprvé prokázat, že bakterie mají svůj původ v prostatě a ne v uretře či v močovém měchýři.

Většina urologů začala masáž prostaty považovat za spíše diagnostice napomáhající, než léčebnou metodu. Důraz byl kladen na cílenou protibakteriální léčbu.

Současnost je svědkem návratu toho, co známe pod pojmem „masáž prostaty“.

Jak už to v medicíně chodí, řada „zastaralých a překonaných metod“ se vrací se zcela jinou náplní a teoretickým zdůvodněním (21).

Je zajímavé, že o „come-back“ nejvíce usilují ti autoři, kteří sami tímto syndromem trpěli a veřejně to přiznávají. Mají ale dva rozdílné názory.

Filipínská studie – Manilský protokol (Novak Feliciano + Hennenfelt 1998)

Vychází z teoretického předpokladu, že až opakovaná (statisticky čtvrtá) drenáž prostaty odhalí okultní mikroorganismy. Pro běžnou praxi ale Feliciano kultivace nedoporučuje, je to drahé. Studie kombinuje antibiotika s opakovanými masážemi do doby, než z exprimátu vymizí leukocyty a zmírní se pánevní bolest. Studie za přínos masáže při protibakteriální léčbě považuje:

- drenáž předpokládaně okludovaných vývodů
- zlepšení cirkulace ve žláze
- lepší pronikání v tucích rozpustných antibiotik do tkáně prostaty (11).

Tato studie nikdy nepřekonala myšlenku, že zdrojem základního příznaku chronické prostatitidy – bolesti – je prostata sama (29, 30).

Dnes je práce otce a syna Felicianových považována za zastaralou, jejich závěry jsou brány za subjektivně laděné „kalné vody“.

Kritici protokol uzavírají: „Je to intrarektální masáž, která je tou složkou jejich postupu, která přináší úlevu.“

Standfordská studie – prostatitis nebo myoneuropatie ?

Je spojena s prací profesora urologie R. Andersona a psychologa Dr. Wise (je dalším, který zveřejnil své dlouhodobé potíže). R. Anderson je mladším kolegou na pracovišti otců vědeckého přístupu k chronické prostatitidě Mearesa a Stameye. Tito autoři spojili tuto metodu – masáž prostaty – s přesunutím zdroje bolesti mimo prostatu do podpůrných struktur pánevních orgánů (5, 6, 7, 10, 12, 15, 22, 25).

I Anderson a Wise (1999) doporučují opakované masáže prostaty, ale nikoliv pro „vyprázdnění žláz“, ale k uvolnění pánevní tenze a zbavení nemocného obtěžujících tzv. spouštěcích bodů – „trigger pointss“ (6).

Nejde o nic jiného, než o nové uchopení staré myšlenky během let z různých příčin opuštěné.

Své poznatky publikoval proktolog Thiele v roce 1930 (v tomto roce byla poprvé prezentována transuretrální resekce prostaty!) Uveřejnil způsob manuální léčby spočívající ve vnitřní masáži per rectum u potíží, které nazýval coccygodynia. Jeho přístup spočíval v natahování svalových vláken musculus levator ani a musculus coccygeus kolmo na svalová vlákna. Ve své době zaznamenal úspěch u 90% nemocných, a to už snad ani nemohl být placebo efekt (14, 16, 36, 39).

Stejný princip převzal v roce 1979 Segura (pečlivě jsem si vypsal během přípravy k první atestaci a dodnes používám) (34). Cituji: „Nemocný s příznaky naznačující prostatitis nebo prostatosis, kteří nemají patogenní bakterie v prostatickém sekretu, nemusí mít ve skutečnosti prostatické problémy. Měli bychom vzít v úvahu možnost tenzní myalgie dna pánevního...“ (Tato myšlenka mě pronásleduje dodnes.)

Proč se k nám a našim předchůdcům vrátilo a vrací tolik nemocných k něčemu z našeho pohledu tak nepříjemného, jako je to, čemu běžně říkáme masáž prostaty (31)?

Myslím, že „zakopaný pes“ je v tom, že generace urologů bezděčně prováděly to, čemu se říká „tlaková ischemická léčba spouštěcích bodů a myofasciální uvolnění“ (6, 8, 9, 10, 38, 39, 40, 41, 42, 43).

Lékař zamýšlející se nad lékařským postupem u chronické prostatitidy musí brát v úvahu:

- onemocnění neohrožuje život, ale enormně ovlivňuje kvalitu života a ekonomickou produktivitu nemocného
- léčba nemůže být nezdůvodněná, stupeň vedlejších účinků, komplikací a ekonomické náklady nesmí být vyšší než potenciální zisk z léčby (medicínsky i ekonomicky)

Myofasciální léčba tato kritéria splňuje.

Co může udělat urolog ?

1. Uvědomit si, že svaly dna pánevního jako jediná skupina skeletálních svalů mají nepřetržitou elektrickou aktivitu (udržení moči a stolice) a optimální délku pro optimální funkci (35).
2. U tenzní myalgie je aktivita zvýšena a svaly jsou v kontraktuře (porucha na nervosvalové ploténce, bombardování acetylcholinem, a díky kontraktuře omezená mikrocirkulace). Dá se to přirovnat ke stavu svalů horní končetiny po sejmutí dlouhodobé sádrového znehybnění. Svaly jsou pak schopny jen určitého stupně kontrakce, ta je slabá a pohyb je inadekvátní. Rozsah pohybu mezi kontrakcí a relaxací je minimální (14).
3. Zásada rehabilitace po imobilizaci zní: „Sval je nutno napřed protáhnout (z kontraktury), pak se obnoví jeho normální funkce.

Praktický postup při rektálním vyšetření prostaty je všeobecně znám. Nic se nemění ani při drenážní masáži žlázy – „z centra do periferie“. Drenážní masáž nesmí být usilovná, hrozí mikrotraumata uretry v oblasti apexu prostaty. Neprovádíme ji u nemocných s antikoagulační léčbou (25).

Ve druhé době vyšetřujeme musculus levator ani (dělám to vždycky jako první). Představíme-li si tento kruhový sval jako ciferník hodin a nemocný je v poloze a la vache, pak kromě nízkého rozsahu pohybu při stažení a uvolnění levátoru na výzvu (kontraktura), hmatáme na něm bolestivá místa většinou na čísle 5 a 11 ciferníku. Při dalším tlaku na tato místa vyvoláme u nemocného stejné spektrum bolestí jako ty, které jej trvale trápí. Objeví se většinou i vystřelování do oblasti spony – třísla i varlete, nemocný bolesti dobře lokalizuje. Tato místa úponu přímých svalů na sponu a místa v okolí funikulu obstríkneme mezokainem.

Bolestivá místa na levátoru stlačíme prstem po dobu 60 sekund silou, kterou nemocný ještě snáší. Po ukončení této ischemické komprese sval hákovitě zahnutým prstem kolmo na cirkulární svalové snopce protáhneme.

Stejnou techniku použijeme i na běžně prstem dostupném musculus obturatorius a musculus piriformis.

Léčebná sezení musí být opakovaná. Nemocného poučíme o opakování sezení i o tom, že po první manipulaci může dojít ke znovuvzplanutí potíží. Jak je známo z rehabilitační medicíny, svaly se novému učení brání, ale na druhé straně toto znovuvzplanutí potvrdí správnost diagnostické úvahy a postupu.

Velice výhodná je spolupráce s oddělením myoskeletální medicíny. Zkušený fyzioterapeut může odhalit i jiné kineziologické poruchy a naši léčbu doplnit prohřívací reperfuční technikou, ať už je fyzikální zdroj tvorby tepla jakýkoliv (39).

Úvaha a otázka: „Dá se v prostatě a svalech dna pánevního nalézt něco analogického? Odpověď zní – dá!“

Je to zvýšení nitrotkáňového tlaku v uzavřeném (opouzdřeném) prostoru (18) s následným energetickým stresem a energetickou krizí se vznikem patologických metabolitů. Ty jsou zdrojem dráždění nociceptorů, uvolnění neurotransmiterů, cytokinů a degranulace mastocytů. Jinými slovy: jak v prostatické žláze, tak ve svalech a fasciích v okolí prostaty se setkáváme s tzv. compartement syndromem = „syndromem přeplněného kupé“. Tento syndrom je podkladem nepřehledné řady jiných onemocnění spojených s chronickou bolestí.

Zkušenějšímu urologovi není třeba připomínat velice častou kombinaci bolestí v pávni s bolestmi v dolní části zad. Obojí nabývá až

epidemických rozměrů. A jsou to bolesti v dolní části zad, u nichž byla účinnost ischemické komprese a myofasciálního uvolnění vědecky ověřena.

Dalším společným jmenovatelem, který je na tomto poli intenzivně zkoumán, je vliv stresu (již mimo hranice sdělení).

Komplikace masáže prostaty

Základem ischemické komprese, myofasciálního uvolnění a manipulace s předstojnou žlázou je odmítání příliš temperamentního postupu masáže. Drobné trhliny v oblasti apexu prostaty s možností následného vývoje striktury uretry již byly zmíněny. Je třeba se vyvarovat i drobných poranění rektální sliznice (malé praskliny a bakteriemií může způsobit i tužší stolice). Pozornost je nutno věnovat i možnosti „vzplanutí hemoroidů“.

Vztah generalizace nepoznaného karcinomu prostaty a masáže je zkoumán a je sporný (existuje diagnostická masáž na průkaz telomerázy). Byly popsány i vzácné krvácivé komplikace a dokonce i následná embolizace do plicnice. Tato sdělení jsou raritní (7).

Údaje o praxi

Podle průzkumů:

- 4 z 5 urologů již nevěří na bakteriální původ chronické prostatitidy
- 4 z 5 urologů vždy v počáteční fázi podávají antibiotika
- 5 ze 7 urologů provádí masáž prostaty
- existují jen ojedinělé pokusy účinek masáže vědecky potvrdit (23).

Hypotéza

Masáž prostaty může mít dvojitý účinek:

1. klasicky – drenážní – uvolňuje sekvestrované sekrety v chronicky zanícené žláze, vácích semenných a ostatních vývodných semenných cestách (?) – žádné vědecky potvrzené práce neexistují
2. uvolňuje tenzi okolo nervových zakončení v těsném okolí prostaty podobným způsobem jako Thieleho masáž (viz. výše), o které je známo, že přináší výraznou úlevu u žen s intersticiální cystitidou a kterou používají proktologové u chronické pánevní bolesti s převahou anorektálních příznaků.

Závěr

Spojíme-li „starobylou metodu“ s novými myšlenkovými postupy a závěry EBM pak to, co známe pod pojmem „masáž prostaty“, z našeho léčebného rejstříku hned tak nezmizí.

PS: Redakce časopisu by přivítala jakékoliv kritické názory k tomuto sdělení, neboť je toho názoru, že jde o „těžký denní chleba“ všech urologů.

Literatura

1. Alexacos N., Pang X a ost. Neurotenzin mediated rat Bladder mast cell De-granulation triggered by acute psychological stress, *Urology* 1999; 53(5): 1035–1040.
2. Berger RE, Krieger JN, et al. Bacteria in the prostate tissue of men with idiopathic prostatic inflammation, *Urology* 1997; 157: 863–865.
3. Berguis JP, Heiman JR, et al. Psychological and physical factors involved in chronic prostatitis, *J. Psychosom. Res* 1996; 41: 313–325.
4. Buse S, Warzinek T, et al. Prostate massage with unwanted consequences. Case report, *Urologie A*. 2003; 42(1): 78–79.
5. Dimitrakov J, Diemer T. Recent developments in diagnosis and therapy of the prostatitis syndromes, *Curr. Opin. in Urology*, 2001; 11: 87–91.
6. Doggweiler-Wiygul Ragi, Wiygul JP. Interstitial cystitis, pelvic pain and the relationship to myofascial pain and dysfunction: A report on four patients, *World J. Urol.* 2002; 20: 310–314.
7. Egan KJ, Krieger JL. Chronic abacterial prostatitis – a urological chronic pain syndrome? *Pain* 1997; 69: 213–218.
8. Eisenberg ER, Moldwin RM. Etiology: Where does prostatitis stop and interstitial cystitis begin? *World J. Urol.* 2003; 21: 64–69.
9. Hains G. Locating and treating low back pain myofascial origin by ischemic compression J. *Can Chiropr. Assoc.* 2002; 46(4): 257–264.
10. Hellstrom W, Schmidt RA, et al. Neuromuscular dysfunction in nonbacterial prostatitis. *Urology* 1987; 30: 183–188.
11. Hennenfent BR, Feliciano AE Jr. Changes in white blood cell counts in men undergoing thrice – weekly prostatic massage, microbial diagnosis and antimicrobial therapy for genitourinary complaints, *Br J. Urol.* 1998; 81: 370–376.
12. Ishigooka M, Zermann DH, et al. Similarity of distribution of spinal c-fos and plasma extravasation after acute chemical irritation of the bladder and prostate, *J. Urol.* 2000; 164: 1751–1756.
13. Karlovsky ME, Pontari M. Theories of prostatitis etiology, *Curr. Urol. Rep* 2002; 3: 307–312.
14. Kotarinos Rhonda K. Pelvic floor physical therapy in urogynecologic disorders, *Curr. Women's Health Reports* 2003; 3: 334–339.
15. Krieger JN, Jacobs RR. Does The chronic prostatitis/pelvic pain syndrome differ from nonbacterial prostatitis and prostatodynia? *J. Urol.* 2000; 164(5): 1554–1558.
16. Lukban J, Whitore K, et al. The effect of manual physical therapy in patients diagnosed with interstitial cystitis, high-tone pelvic floor dysfunction, and sacroiliac dysfunction, *urology* 2001; 57: suppl. 6A, 121.
17. Meares EM, Stamey TA. Bacteriologic localization patterns in bacterial prostatitis and urethritis, *Invest. Urol.* 1968; 5: 492–518.
18. Mehik A, Hellstrom P, et al. The chronic prostatitis – chronic pelvic pain syndrome can be characterized by prostatic tissue pressure measurement, *J. Urol.* 2002; 167(1): 137–140.
19. Mehik A, Leskinen MJ. Mechanisms of pain in chronic pelvic pain syndrome: Influence of prostatic inflammation, *World J. Urol.* 2003; 21: 90–94.
20. Nickel JC. Recommendations for the evaluation of patients with prostatitis, *World J. Urol.* 2003; 21: 75–81.
21. Nickel JC, Alexander RB. Leukocytes and bacteria in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome compared to asymptomatic controls, *J. Urol.* 2003; 170: 818–822.
22. Nickel JC. Is CP/CPPS an infectious disease? *Infect. Urol.* 200, 13(2): 31–38.
23. Nickel JC, Nigro M, et al. Diagnosis and treatment of prostatitis in Canada, *urology* 1998; 52: 797–802.
24. Nickel JC. The pre and post massage test (PPMT): A simple screen for prostatitis, *Tech Urol.* 1997; 3: 38–43.
25. Nickel JC, Alexander R, Anderson R, et al. Prostatitis unplugged: Prostate massage revisited, *Tech Urol.* 1999; 5: 1–7.
26. Nickel JC, Corcos J. Antibiotic therapy for chronic inflammatory (NIH category II, III A) prostatitis, *J. Urol.* 1998: 159–272 A.
27. Nickel JC, Downey J, et al. Failure of mono therapy strategy for difficult chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome, *J. Urol.* 2004 172(2): 551–554.
28. Pontari MA. Inflammation and antiinflammatory therapy in chronic prostatitis, *Urology* 2002; 606: suppl. 0: 29–33.
29. Pontari MA, Ruggieri MR. Mechanisms in prostatitis/chronic pelvic pain syndrome, *J. Urol.* 2004; 172(3): 839–845.
30. Potts Jeannette M. Diagnosing the prostatitis patient: The dilemma continues, *Current. Urology Reports* 2002; 3: 319–323.
31. Potts Jeannette M, Moritz N, et al. Chronic abacterial prostatitis: A functional somatic syndrome?, *Urology* 2001; 165(suppl): 25.
32. Scaaeffer AJ, Knauss JS. Leukocyte and bacterial counts do not correlate with severity of symptoms in men with chronic prostatitis: The national institutes of health chronicprostatitis cohort study, *J. Urol.* 2002; 168(3): 1048–1053.
33. Schaeffer AJ. Etiology and management of chronic pelvic pain syndrome in men, *Urology* 2004; 63(1) suppl I: 75–84.
34. Segura JW, Opitz JL, et al. Prostatitis, prostatosis of pelvic floor muscle tension myalgia? *J. Urol.* 1979; 122: 168–169.
35. Simons DG, Mense S. Understanding and measurement of muscle tone as related to clinical muscle pain, *Pain* 1998; 75: 1–17.
36. Sinaki M, Merrit JL. Tension myalgia of the pelvic floor, *Mayo Clin Proc* 1977; 52: 717–722.
37. Turner Judith A, Ciol Marcia A, et al. Prognosis of patients with new prostatitis/pelvic pain syndrome episodes: *J. Urol.* 2004; 172(2): 538–541.
38. Weiss JM. Chronic pelvic pain and myofascial trigger points, *Pain Clinic* 2000; 2(6): 13–18.
39. Weiss JM. Pelvic floor myofascial trigger points: Manual therapy for interstitial cystitis and urgency-frequency syndrome, *J. Urol.* 2001; 166: 2226–2231.
40. Wesselmann Ursula, Lai J. Mechanisms of referred visceral pain: Uterine inflammation in the adult virgin rat results in neurogenic plasma extravasation in the skin, *Pain* 1997; 73: 309–317.
41. Zermann HD, Ishigooka M, et al. Neurological insights into the etiology of genitourinary pain in men, *J. Urol.* 1999; 161: 903–908.
42. Zerman DH, Ishigooka M. Chronic prostatitis: A myofascial pain syndrome, *Infect Urol.* 1999; 12: 84–86.
43. Zermann HD, Ishigooka M, et al. The male chronic pelvic pain syndrome, *World J. urol.* 2001; 19: 173–179.