

PROSTATITICKÝ SYNDROM – SYNDROM CHRONICKÉ PÁNEVNÍ BOLESTI

MUDr. Kamil Belej, FEBU

Urologické oddělení ÚVN, Praha

Syndrom chronické prostatitidy je definován jako komplex příznaků, jenž mohou mít původ v prostatě samotné nebo v okolních strukturách a orgánech. Součástí syndromu jsou i bolesti v oblasti pánevního dna, což se odrazilo v poslední klasifikaci NIH a stav byl pojmenován jako chronická prostatitida – syndrom chronické pánevní bolesti. Potíže mohou mít různé příčiny a patofyziologické mechanismy, což výrazně znesnadňuje léčbu. Ta kromě antibiotik zahrnuje alfasympatolytika, protizánětlivé léky a mnoho dalších možností od masáží prostaty a rehabilitace pánevního dna po transuretrální resekci prostaty.

Klíčová slova: prostata, pánevní dno, bolest.

PROSTATIC SYNDROME – SYNDROME OF CHRONIC PELVIC PAIN

The Chronic Prostatitis Syndrome (CPS) is defined as a complex of symptoms which may arise in the prostate itself or in neighbouring structures and organs. Syndrome includes pain in the pelvic floor, as implied in the recent NIH classification and condition was named as Chronic Prostatitis – Chronic Pelvic Pain Syndrome (CP/CPPS). It may have different aetiologies and physiopathologic mechanisms making treatment difficult. Additional treatments except antibiotics include alpha-blockers, antiinflammatory agents and many other drugs and various treatment modalities, from prostatic massage and pelvic floor physiotherapy to transurethral resection of the prostate.

Key words: prostate, pelvic floor, pain.

Urolog. pro Praxi, 2007;8(4): 153–157

Klinická anatomie a patofyziologie

Předpokládané příčiny a mechanismy vzniku bakteriální prostatitidy byly popsány v předchozím článku. V následující části jsou popsány součásti pánevního dna, jejich vztah k prostatě a jsou uvedeny možné souvislosti poruch, zahrnutých do syndromu chronické pánevní bolesti včetně chronické prostatitidy.

Nové anatomické studie, zobrazení magnetickou rezonancí, videourodynamika, počítačové modelování a trojrozměrné rekonstrukce poskytly nový pohled na anatomii pánve (35). Prostata je uložena nad diafragma urogenitale, bezprostředně souvisí se spodinou močového měchýře, přední stěnou konečníku a pánevním dnem. Močový měchýř se nachází ventrokraniálně a ne přímo nad prostatou. Trigonum měchýře a přední fibromuskulární stroma prostaty tvoří společnou jednotku. Od konečníku prostatu odděluje septum rectovesicale, takže prostata samotná na něj přímo nenaléhá. Po stranách prostaty je musculus levator ani, jenž je orientován vertikálně a pokrývá celý, laterální povrch. Distálně je kolem močové trubice a apexu prostaty musculus sphincter urethrae. Má cirkulární tvar, který směrem kraniálně přechází do tvaru písmena U, otevřeného proti symfýze. Sfinkter je oddělen od m. levator ani i diafragma urogenitale a nejvíce vláken má dorzálně od uretry. V oblasti apexu prostaty pronikají příčně pruhoaná vlákna mezi žlázy a v této oblasti neexistuje jednoznačné morfologické ohraničení prostaty proti okolí. Svěrač není součástí pánevního dna, ale jakákoliv porucha koordinace pánevního dna (morfologická či funkční) se může projevit oslabením jeho kontrakce (7). Rehabilitace kontinence tak logicky nezahrnuje jen cvičení svěrače a nácvik mikčních stereotypů, ale i cvičení pánevního dna a naopak.

Pánevní dno má u muže dvě funkce. Zprvu podporuje uzavírací mechanismus močové trubice a konečníku, musí se proto relaxovat v průběhu vyprazdňování moči a stolice. Při sexuálních aktivitách má rovněž funkci kontrakční i relaxační. Za druhé jsou struktury pánevního dna výrazně angažovány v držení těla, jsou oporou trupu a pánve spolu se svalstvem takzvaného hlubokého stabilizačního systému (28). Podpora nitrobřišních orgánů není u mužů tak důležitá jako u žen. Tím je vysvětleno, že příznaky hypoaktivity nebo insuficience pánevního dna jsou u mužů vzácné. Na druhou stranu se mnohem častěji zjistí hyperaktivita pánevního dna. Ta se projevuje mikčními potížemi: zpomaleným průtokem, použitím břišního lisu při močení, častým močením a přítomností rezidua. Z ostatních příznaků jsou nejčastější potíže s vyprazdňováním stolice. Zvýšená aktivita pánevního dna může být i příčinou erektilní dysfunkce (12). Pro vznik hyperaktivity pánevního dna existují určité rizikové faktory. Vznik této poruchy souvisí s chronickým zadržováním moči u pracujících v pásové výrobě, učitelů, lékařů, řidičů nebo číšníků. Tito muži dlouhodobě odkládají močení pomocí kontrakcí svalů pánevního dna a často močí ne tehdy, když se jim skutečně chce, ale pokud mají zrovna čas. V těchto případech močí slabým proudem a snaží se vyprázdnění urychlit použitím břišního lisu jehož zapojení reflexně zvyšuje tonus pánevního dna. Vytváří se tak podklad pro plíživý vznik poruchy koordinace. Močením proti nerelaxovanému pánevnímu dnu se zvyšuje intravezikální tlak se všemi možnými důsledky subvezikální obstrukce včetně retence moči, paradoxní ischurie nebo komplikací (infekcí, hematurie, cystolitíazy, divertiklů, renální insuficience). Porucha často vzniká v jednom systému (močový

měchýř) a poté se přenáší na ostatní (konečník, pohlavní orgány) (15).

Příčina a patofyziologické mechanismy spojené se syndromem pánevní bolesti zůstávají nejasné. Nicméně existují poznatky o neuroanatomických strukturách inervujících oblast pánve. Dermatomy pánevní a genitální oblasti jsou S2–4 a inervace svalů spolu se somatickou nocicepcí pochází ze stejných segmentů. Tento fakt se odráží na poměrně přesné projekci bolesti z oblasti svalů pánevního dna. Pánevní svaly ale nemají natolik vyjádřenou laterální projekci jako končetiny nebo břišní či zádové svaly a projekce proto nejsou úplně přesné. Porucha se často kompenzuje zapojením druhé strany a při déle trvajících potížích pak nelze stanovit vyvolávající situaci ani laterální projekci (34). Řešením je komplexní přístup používaný při fyzikální léčbě. Etiologicky se na poruchách svalů podílí morfologické (ischémie, myogelóza, jizva) a funkční (modelace CNS, stresové reakce) poškození svalu. Vznikem bolesti se vytváří ochranný mechanismus, který ale může indukovat další poruchy a vzniká uzavřený kruh příčin a následků. Za hlavní integrační centrum viscerální části pánve se považuje plexus hypogastricus inferior (10). Tento plexus inervuje mnoho pánevních orgánů např. močový měchýř, uretru, rektum a pohlavní orgány. Proto se viscerální pánevní bolest spojuje do stejných nervových drah. Tyto syndromy mohou napodobovat prostatitické příznaky i když jejich zdroj je jinde. Kromě somatických patologických mechanismů hraje významnou roli i psychika (32). Žádný z fenoménů není do takové míry ovlivněn mentálními faktory jako bolest. Je známo, že obavy a zklamání zvyšují bolest, zatímco nadšení ji může snížit a dokonce kompletně potlačit. Údaje o psychosomatické příčině pánevní bolesti předpokládají, že v určitých klinických situacích doprovázených příznaky je možné určit, zda

má bolest somatický nebo psychogenní původ. O organické příčině bolesti se uvažuje v případech, že ji nemocný popisuje přímo, jednoduše a bolest odpovídá anatomickým okolnostem. Praktický problém spočívá v tom, že urologové nejsou schopni komplexně posoudit psychický stav nemocného, naopak psychologové či psychiatři zase neznají urologickou problematiku.

Definice

Ačkoliv je chronická prostatitida kategorie III NIH charakterizována příznaky, ty nejsou specifické a vyskytují se v různé intenzitě i v různém časovém sledu. Za dominující příznak se považuje bolest, která však není výrazná nebo chybí u nemocných s převahou mikčních, sexuálních nebo defekačních potíží. Tato fakta vedla k tomu, že prostatitida kategorie III není jednoznačně popsitelná onemocnění. Na druhou stranu vzniká potřeba definovat tento stav a jako nejužitečnější se jeví dvě definice.

Definice Mezinárodní společnosti pro kontinenční (ICS) definuje syndrom pánevní bolesti jako přetrvávající či opakující se epizody pánevních bolestí spojených s příznaky, které naznačují špatnou funkci dolních cest močových, problémy sexuální či střevní (u žen i gynecologické). Přitom není prokázána žádná infekce nebo jiná zřejmá patologie (1). Uvedená definice vychází z definice Mezinárodní společnosti pro studium bolesti (IASP) (14). Podle ní jsou chronické pánevní bolesti nemaligní bolesti pociťované ve strukturách spojených s pánví. Bolesti, které přecházejí v chronické, musí být bolesti trvalé či opakující se po dobu nejméně 6 měsíců. Neakutní bolesti lze považovat za chronické nezávisle na době jejich trvání. Ve všech případech mohou být spojeny s negativními kognitivními, behaviorálními nebo sociálními důsledky. Tato klasifikace IASP přesahuje rozsah popsaný ICS a obsahuje časové a etiologické charakteristiky a charakteristiky intenzity. Také by mělo být zaznamenáno, zda bolesti vznikají po provokaci či nikoliv. Stav nemocného lze konkretizovat podle toho, zda lze skutečně a spolehlivě potvrdit poruchu odpovídající určitému systému (somatická, viscerální, neuropatická), orgánu (sval, měchýř) nebo konkrétnímu onemocnění (cystitida, endometrióza, fisura ani). V mnoha případech se lze dostat pouze k označení stavu jako syndromu pánevních bolestí. Nevýhodou je, že nedefinuje vyšetření ani příznaky, které pomáhají v kategorizaci stavu nemocného.

Diagnostika

Anamnéza a dotazníky

Nemocný zpravidla přichází do ordinace urologa pro nespecifické potíže – bolesti podbřišku, hráze, varlat, třísel, propagace bolesti do beder, křížové krajiny, penisu, častější močení, strangurie, bolest při defekaci nebo tlak do konečníku. Někdy se k uvedenému přidají příznaky sexuálních dysfunkcí (pokles libida, různý

stupeň erektilní dysfunkce). Potíže často reagují na rozličné podněty zevního i vnitřního prostředí (změny teploty, jízda na kole, sexuální styk, dlouhé sezení, alkohol), ale také na psychické vlivy. Fixace pacientů na často dlouhodobé obtíže, jejich změny v čase a průběh onemocnění ovlivňují kvalitu jejich života.

Jak je uvedeno v odstavci o patofyziologii, musí anamnéza muže se syndromem bolesti pánevního dna zahrnovat nejenom otázky týkající se bolesti a močení, ale i problémů se stolicí, sexuálních potíží i problémů s koordinací či pohybem.

Po probrání časového sledu, charakteru a intenzity potíží je vhodné definovat, co pacienta nejvíce obtěžuje. Pro kvantifikaci příznaků a zhodnocení vlivu na kvalitu života bylo vytvořeno několik dotazníků. Díky komplexním příznakům je užitečné hodnotit většinu významných příznaků pomocí standardizovaných otázek. V roce 1999 vyvinuli Litwin a kol. (11) skóre chronických prostatitických symptomů (NIH Chronic prostatitis symptom index, NIH CPSI), který byl v dalších letech mezinárodně zavedený jako standard pro hodnocení příznaků u prostatitidy. Výsledkem byl seznam devíti položek zaměřených na tři základní aspekty CP. Primární složkou je bolest, uvedená ve čtyřech položkách. Mikční funkce je uvedena ve dvou položkách a vliv na kvalitu života ve třech. Mezinárodně se uznává, že skóre ≥ 4 v položce pro bolest v NIH CPSI znamená významné prostatické příznaky, zatímco hodnoty ≥ 8 jsou známkou těžkých problémů. V České republice byla nevalidizovaná verze publikována v roce 2005 (30).

Dotazník NIH CPSI hodnotí tři hlavní problémy související s chronickou prostatitidou, tzn. bolest (0–21), potíže s močením (0–10) a jejich vliv na kvalitu života (0–12). Celkové skóre se tak pohybuje od 0 do 43 a platí, že čím vyšší skóre, tím významnější potíže. V praxi se osvědčilo zapisovat do dokumentace jednotlivé hodnoty, protože celkové skóre nevypovídá o konkrétní situaci nemocného. Na základě dotazníku byly vytvořeny i doporučení ohledně hodnocení randomizovaných studií (25). Účinnost léčby v celkovém srovnání s placebem je prokázána v případě, že rozdíl je ≥ 4 body, zatímco u konkrétního pacienta je to zlepšení o $\geq 25\%$ nebo ≥ 6 bodů celkového skóre (29).

U nemocných s mikčními potížemi je vhodný dotazník prostatických příznaků (IPSS), který umožňuje detailnější orientaci a zároveň doplňuje informaci o vlivu onemocnění na kvalitu života. Pacienti s erektilní dysfunkcí by měli použít dotazník IIEF se všemi jeho doménami: erektilní funkce, spokojenost s pohlavním stykem, orgastická funkce, sexuální touha a obecné uspokojení. Vhodné je také zhodnotit přítomnost a typ ejakulatoční dysfunkce: předčasná ejakulace, uretrálgie při ejakulaci, jinak bolestivá ejakulace nebo anejakulace. Bylo zjištěno, že se potíže s erekcí a ejakulací vyskytují často a není rozdíl v tom, zda je prokázána bakteriální infekce či nikoliv (33).

Fyzikální vyšetření

Neexistují žádné jednoznačné nálezy pro chronickou prostatitidu nebo syndrom chronické pánevní bolesti při fyzikálním vyšetření. Vyšetření spíše směřuje k vyloučení komplikací a jiných onemocnění v rámci diferenciální diagnostiky. Obvyklé kompletní urologické vyšetření (břicho, zevní pohlavní orgány, vyšetření per rectum) se provádí při vstupním vyšetření a při změně potíží. Při vyšetření per rectum lze nahmatat nebolestivou prostatu se zcela normální konzistencí. Na druhé straně spektra možných nálezů je výrazně bolestivá, měkká nebo naopak tuhá prostata. I když fyzikální nález nemusí korelovat s potížemi nemocného, je potřeba vyšetření opakovat v rámci sledování případných změn. Vyšetření per rectum nezahrnuje jen vyšetření prostaty, ale i dosažitelné části konečníku, hodnocení tonu a kontraktility svěrače konečníku. Doplňuje se o pohmat svalů a vazů pánevního dna a hodnocení bolestivosti kostry (9).

Laboratorní metody

Vyšetření zaměřená na lokalizaci zánětu do prostaty byla podrobně popsána v předchozím článku. Hlavním parametrem je kultivace a mikroskopické vyšetření moči, exprimátu z prostaty nebo ejakulátu. Kromě toho lze hodnotit nespecifické ukazatele jako je zvýšené pH moči, zvýšená hladina laktát dehydrogenázy a imunoglobulinů séra. Další možné parametry jsou například komplement C3, ceruloplazmin nebo polymorfonukleární leukocytelastáza v ejakulátu (5). Žádný z nich ale není součástí rutinního diagnostického vyšetření. Hodnocení hladiny PSA a jeho vztah k zánětu prostaty bude popsán v samostatném článku, jelikož se nejvíce týká nemocných s prostatitidou kategorie IV dle NIH. Obecně lze konstatovat, že hodnoty PSA mohou být zvýšeny u symptomatické i asymptomatické prostatitidy a že PSA u prostatitidy nepřináší žádnou praktickou diagnostickou informaci. Nejvýznamnější zůstává jeho role v diferenciální diagnostice. U pacientů s přetrvávajícím frekventně-urgentním syndromem nebo urgentní inkontinencí je potřeba vyloučit nádorové poškození močového měchýře panendoskopií a odběrem cytologie (17).

Zobrazovací metody

Transrektální ultrazvuk může odhalit různé změny, ale není u prostatitidy rozhodující. Význam má ale u nemocných s patologickým nebo nejednoznačným nálezem per rectum, mikčními potížemi nereagujícími na běžnou léčbu a poruchou ejakulace (4).

Urodynamika

Urodynamické vyšetření se doporučuje u nemocných s mikčními potížemi a neliší se od vyšetření jiné etiologie příznaků dolních močových cest. V rámci hodnocení se používá mikční deník, uroflow-

metrie, ultrazvukové měření zbytkové moči, průtokově-manometrická studie nebo videourodynamika. U většiny nemocných stačí mikční deník a měření zbytkové moči. V závislosti na reakci na léčbu nebo přítomnost dalších příznaků se opakovaně provádí uroflowmetrie s měřením rezidua. Při opakovaném patologickém nálezu u pacienta nereagujícího na léčbu je indikována PQ studie a při komplexnějších potížích nebo nálezech videourodynamika. PQ studie se provádí vždy před operační léčbou.

Léčba

Obecné principy

Nemocnému je potřeba vysvětlit, že léčba je dlouhodobá a v mnoha případech není v našich možnostech jej úplně zbavit potíží. Je to způsobeno nedokonalostí našich vědomostí o tomto onemocnění. Cílem je proto zmírnění potíží bez toho, aby léčba přinesla další komplikace.

Obecná doporučení zahrnují omezení nebo vyloučení dráždivých jídel (obsahujících papriku nebo pepř) a pití tvrdého alkoholu. Důležitá je pravidelná fyzická námaha a vyhýbání se delšímu sezení, jízdě na kole a jiné traumatizaci hráze. Podstatnou věcí je péče o pravidelnou stolicí a léčba poruch jejího vyprazdňování (3). Tato doporučení by neměla znít direktivně, nemocný by měl s pomocí lékaře sám hledat cestu ke zlepšení svého stavu.

Farmakoterapie

Výběr léků u prostatitidy kategorie III NIH je nutno přizpůsobit charakteru potíží a indikovat je v určitém časovém odstupu, aby bylo možno hodnotit jejich účinnost. Kromě antibiotik se používají i léky ovlivňující dolní močové cesty (alfablokátory, fytopreparáty, anticholinergika), léky s protizánětlivým účinkem, analgetika a léky působící na CNS.

Použití antibiotické léčby u nemocných s prostatitickým syndromem NIH III lze vysvětlit několika způsoby. Je to zejména obsah antibakteriálních látek v prostatickém sekretu a ejakulátu, možná obstrukce prostatických vývodů otokem při zánětu, fibrózou či prostatolity, nemožnost identifikovat určité bakteriální kmeny běžnými mikrobiologickými metodami, průkazem látek vylučovaných bakteriemi v materiálu s negativní kultivací, průkazem bakterií ve vzorcích z biopsie prostaty a klinickou zkušeností, že určitá část nemocných příznivě reaguje na léčbu (19). Výběr antibiotika pro léčbu chronické prostatitidy závisí více na znalostech jeho farmakokinetiky než na hodnocení senzitivity in vitro. Klinické zkušenosti ukázaly, že nejpříznivější farmakokinetiku má trimetoprim a po něm fluorochinolony, některé makrolidy a tetracykliny, zatímco aminoglykozidy a betalaktamy měly špatný průnik do prostaty. Není jasné, do jaké míry je tato penetrace vázána spíše na samotnou látku než na lékovou skupinu.

Navíc nevíme, jak lék proniká do normální tkáně, do tkáně s benigní hyperplazií nebo chronickým zánětem. Výsledky uvedených studií se proto musí brát s určitou rezervou. Měření jeho koncentrace ve spermatu by mohlo přinést přesnější informace (23). U zánětlivé CPPS by měla být antibiotika aplikována 2 týdny po stanovení diagnózy. Poté by měl být pacient znovu vyšetřen, pokračovat v podávání antibiotik by se mělo pouze, pokud pacient udává pozitivní účinek léčby. Celková doporučená doba léčby je 4–6 týdnů, upřednostňuje se perorální léčba v plné dávce (16). U nemocných s předchozí neúspěšnou léčbou fluorochinolony v plné dávce trávající alespoň 4 týdny nemá význam aplikovat další antibiotika ze stejné skupiny. V placebem kontrolovaných studiích nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl, nebo byly výsledky horší než po podání placeba (22). Racionálním řešením je podání cotrimoxazolu nebo trimetoprimu. Platí to i opačně, tzn. po neúspěšné léčbě cotrimoxazolem se podá fluorochinolon. Jako rezervní antibiotikum (při alergii nebo nežádoucích účincích) lze použít makrolid nebo doxycyklin.

Podobná pravidla jako pro antibiotika platí i pro alfablokátory. Z dosavadních studií vyplývá, že zlepšují symptomové skóre. Největší účinnost byla prokázána u pacientů s výraznějšími potížemi (CPSI/IPSS) bez předchozí léčby alfablokátory. Léky neovlivnily maximální průtok ani objem zbytkové moči, musí se užívat dlouhodobě aspoň 12 týdnů (27), nejlépe 4–6 měsíců. Po vysazení alfablokátoru se potíže vrací, ale méně než po vysazení placeba. Nelze určit neúčinnější látku díky rozdílům v hodnocených parametrech, délce léčby a definici skupin pacientů ve studiích. Je potřeba zohlednit i specifické nežádoucí účinky. Obecně se nedoporučuje kombinovat alfablokátory s ATB; ve studiích nebyla kombinace lepší než jednotlivé složky, navíc přispívala k rozpakům o dalším postupu, jelikož potom nelze stanovit lék, který způsobil případné zlepšení. Řešením je podávání antibiotika po dobu 2–4 týdnů. Při neúčinnosti pak vysazení antibiotika a zahájení léčby alfablokátorem. Z dostupných údajů vyplývá, že finasterid nelze doporučit jako monoterapii prostatitidy kategorie III NIH (18), lze jej doporučit jen v rámci kombinací léčby nemocných s benigním zvětšením prostaty. U chronické prostatitidy kategorie III NIH se používají i fytopreparáty. Podobně jako u benigní hyperplazie však chybí jednoznačný průkaz jejich účinnosti na základě randomizovaných studií. Většina dostupných údajů pochází z kombinací studií s dalšími preparáty, nelze tak stanovit vliv fytopreparátů na onemocnění. Jejich použití neobsahují ani obecná doporučení odborných společností.

Často se používají nesteroidní antiflogistika, jenž nemají jen protizánětlivý účinek, ale působí i analgeticky a mohou tak potlačit nepříjemnou bolest i u nemocných bez prokázaných zánětlivých ukazatelů. Jejich dlouhodobé užívání je však spojeno s nepříjemnými

nežádoucími účinky, z nichž se nejčastěji vyskytují gastrointestinální potíže. Není potřeba připomínat, že právě nemocní s chronickými nemocemi mají vyšší náchylnost i k poškození horní části gastrointestinálního traktu. Z praktického hlediska je nejvhodnější nárazové užívání v době exacerbace potíží. Jelikož se v typickém případě nejedná o akutní bolest, je vhodné použít enterosolventní tablety s pomalým uvolňováním, které se často užívají jednou denně a mají prokazatelně méně nežádoucích účinků. Tuto léčbu je možno doplnit rychle působícím analgetikem v případě, že je známý spouštěcí faktor, nebo jej lze očekávat. V jediné randomizované studii se používal rofecoxib. Byl podáván 6 týdnů ve dvou odlišných dávkách (25 a 50 mg) a srovnáván s placebem. Ve srovnání s placebem byla látka účinnější a účinek se zvýraznil po použití vyšší dávky (21). V metaanalýze studií s rofecoxibem (36) bylo zjištěno, že v porovnání s kontrolami, došlo po podávání rofecoxibu k nárůstu rizika arytmií (relativní riziko 2,9) a renálních nežádoucích účinků (relativní riziko 1,53). Nežádoucí renální účinky se zvyšovaly s narůstající dávkou rofecoxibu a délkou terapie. Po rofecoxibu byl sledován nárůst periferních edémů (relativní riziko 1,43), hypertenze (relativní riziko 1,55) i renálních dysfunkcí (relativní riziko 2,31). To vedlo k vyřazení preparátu z běžného použití.

Koanalgetický účinek mají i některá antidepresiva a anxiolytika. O jejich použití je vhodné se poradit s psychiatrem. Jen připomínám, že určitá antidepresiva mají anticholinergní účinek, který lze z úspěchem využít u nemocných s frekventně-urgentním syndromem nebo urgentní inkontinencí. U chronické prostatitidy má prokázaný účinek systémová enzymoterapie. Enzymy dopravené na místo zánětu působí komplexně a přináší nejenom antiflogistický, ale i antiedematózní a imunomodulační účinek (24, 31). Dalším důležitým faktem je, že sérové koncentrace antibiotik a koncentrace v prostatickém sekretu byly při enzymoterapii vyšší než při podávání placeba (2). Používá se proto nejenom v rámci doléčení zánětu, ale i při akutních exacerbacích a léčebném pokusu s antibiotiky. Nevýhodou léčby je individuální tolerance a nutnost dodržování pevného dávkovacího schématu. Na druhou stranu nemají enzymy závažnější interakce, a pokud je nemocný snáší, lze je bez problémů užívat dlouhodobě.

Fyzikální léčba

Moderní léčebná rehabilitace, postavená na vývojové kineziologii, neurofyzilogii a myoskeletální medicíně, mění v posledních letech zásadně pohled na celou řadu onemocnění. Jednou z oblastí, kde dochází k výraznému posunu, jsou právě funkční poruchy. Ty mohou mít příčinu nejen primárně v pohybovém aparátu, ale jsou to i funkční poruchy spjaté s jinými orgánovými systémy včetně pánevního dna.

K nejstarším metodám patří pravidelná masáž prostaty. Některé studie prokázaly, že z opakovaných masáží prostaty profituje jedna až dvě třetiny pacientů léčených tímto způsobem (2–3× týdně prováděná masáž prostaty po dobu 4–6 týdnů) (26). Možnosti jsou ale mnohem širší a pro komplexnější informaci doporučuji materiál obsažený v jiných publikacích (8, 13). Podobně se uplatňuje i biofeedback (6) a různé formy psychoterapie.

Závěr

Na závěr je nutno konstatovat, že diagnóza chronické prostatitidy kategorie III NIH je z velké části založená na vyloučení jiných příčin (20). Podle anamnestických, klinických a laboratorních nálezů je potřeba vyloučit nádorová onemocnění (prostata, měchýř), jiná zánětlivá onemocnění (STD, herpes, střevo), jiný zdroj bolesti propagující se do pánve (skrotum, penis), příčiny subvezikální obstrukce

(striktura) a neurologickou nebo psychogenní příčinu. I přes poměrně velký rozsah dostupných informací zůstává toto onemocnění problematickou součástí urologie.

MUDr. Kamil Belej, FEBU

Urologické oddělení Ústřední vojenské nemocnice
U Vojenské nemocnice 1200, 169 02 Praha 6-Střešovice
e-mail: belejam@uvn.cz

Literatura

- Abrams P, Cardozo L, Fall M et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Subcommittee of the International Continence Society. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 116–126.
- Barsom S et al. Erfolgreiche Prostatitisbehandlung mit hydrolytischen Enzymen. *Erfahrungsheilkunde* 1982; 31: 2–5.
- Bartoničková K. Infekce močových cest u urologických nemocných. In: Teplán 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.
- Belej K, Hrabec M, Záfura F. Úloha transrektální ultrasonografie v diagnostice mužské neplodnosti. *Klin urol* 2006; 3: 167–170.
- Blenk H, Hofstetter A. Complement C3, coeruleoplasmin and PMN-elastase in the ejaculate in chronic prostatoadnexitis and their diagnostic value. *Infection* 1991; 19 (Suppl3): 138–140.
- Cornel EB, van Haarst EP, Schaarsberg RW, Geels J. The effect of biofeedback physical therapy in men with Chronic Pelvic Pain Syndrome Type III. *Eur Urol* 2005; 47 (5): 607–611.
- Dorschner W, Biesold M, Schmidt F, Stolzenburg JU. The dispute about the external sphincter and the urogenital diaphragm. *J Urol* 1999; 162 (6): 1942–1945.
- Fügner D. Návrat masáže prostaty. *Urol pro praxi* 2004; 5: 223–225.
- Fügner D. Prostatodynie – pohledy odjinud? (část II.). *Urol pro praxi* 2003; 3: 99–101.
- Hochreiter W, Bader P. Ätiopathogenese der Prostatitis. *Urologe A* 2001; 40: 4–8.
- 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.
- Luzzy G, O'Leary M. Chronic pelvic pain syndrome. *BMJ* 1999; 318: 1227–1228.
- Marek J a kol. Syndrom kostrče a pánevního dna. Triton, Praha, 2000.
- Merskey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain. Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. Seattle: IASP Press 2002.
- Messelink B. Urogenital pain in men and the role of the pelvic floor. Workshop ICS, 2002.
- Naber KG, Bishop MC, Bjerklund-Johansen TE et al. EAU guidelines on the management of urinary and male genital tract infections (update 2006). www.uroweb.nl/files/uploaded_files/guidelines/15%20Male%20UTI.pdf.
- Nickel JC, Ardern D, Downey J. Cytologic evaluation of urine is important in evaluation of chronic prostatitis. *Urology*. 2002; 60 (2): 225–227.
- 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 (7): 991–995.
- Nickel JC, Moon T. Chronic bacterial prostatitis: an evolving clinical enigma. *Urology* 2005; 66: 2–8.
- Nickel JC, Nyberg LM, Hennenfent M. Research guidelines for chronic prostatitis. consensus report from the first National Institutes of Health International Prostatitis Collaborative Network. *Urology* 1999; 54: 229–233.
- Nickel JC, Pontari M, Moon T et al. A randomized, placebo-controlled, multicenter study to evaluate the safety and efficacy of rofecoxib in the treatment of chronic nonbacterial prostatitis. *J Urol* 2003; 169: 1401–1405.
- Nickel JC. The three As of chronic prostatitis therapy: antibiotics, a-blockers and anti-inflammatories. What is the evidence? *BJU Int* 2004; 94: 1230–1233.
- Pavone-Macaluso M. Chronic prostatitis syndrome: a common, but poorly understood condition. Part II. *EAU-EBU Update Series* 2007; 5: 16–25.
- Phlogenzym – Summary of product characteristics. MUCOS Pharma GmbH & Co. http://www.sukl.cz/_download/spc/SPC21025.doc.
- Proper KJ, Alexander RB, Nickel CJ et al. for the Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. Design of a multicenter randomized clinical trial for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urology* 2002; 59: 870–876.
- 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.
- Schaeffer AJ. Chronic prostatitis and the chronic pelvic pain syndrome. *N Engl J Med* 2006; 355: 1690–1698.
- Skalka P. Možnosti léčebné rehabilitace v léčbě močové inkontinence. *Urol pro praxi*, 2002; 3: 94–100.
- Turner JA, Ciol MA, Korff M, Berger R. Validity and responsiveness of the national institutes of health chronic prostatitis symptom index. *J Urol* 2003; 169: 580–583.
- Urban M, Heráček J. Chronické pánevní bolesti. *Urol listy* 2005; 3 (2), 48–55.
- Wobenzym – Summary of product characteristics. MUCOS Pharma GmbH & Co. http://www.sukl.cz/_download/spc/SPC10143.doc.
- Yang CC, Lee JC, Kromm BG, Ciol MA, Berger RE. Pain sensitization in male chronic pelvic pain syndrome: why are symptoms so difficult to treat? *J Urol* 2003; 170: 823–827.
- Zámečník L, Peší M, Soukup V, Dvořáček J. Sexuální dysfunkce u pacientů s chronickou prostatitidou/syndromem chronické pánevní bolesti. *Urol pro praxi* 2005; 1: 23–25.
- Zermann D. Chronic prostatitis: a myofascial pain syndrome? *Infect Urol* 1999; 12 (3): 84–88.
- Zermann DH, Ishigooka M, Wunderlich H, Reichelt O, Schubert J. A study of pelvic floor function pre- and post-radical prostatectomy using clinical neurourological investigations, urodynamics and electromyography. *Eur Urol* 2000; 37 (1): 72–78.
- Zhang J, Ding EL, Song Y. Adverse effects of cyclooxygenase 2 inhibitors on renal and arrhythmic events: meta-analysis of randomized trials. *JAMA*. 2006; 296 (13): 1619–1632.