

ZÁNĚTLIVÁ ONEMOCNĚNÍ PROSTATY, POSTAVENÍ α -BLOKÁTORŮ V LÉČBĚ SYMPTOMŮ ONEMOCNĚNÍ

MUDr. Michaela Matoušková
Urocentrum Praha

Chronická zánětlivá onemocnění prostaty představují *crux urologicum* svými příznaky i úpornými stesky nemocných. U více než 30 % nemocných nacházíme různý stupeň mikčních obtíží. Jednou z možností k ovlivnění symptomů dolních močových cest může být podávání α -blokátorů v různých dávkovacích schématech. Předkládám zkušenosti našeho pracoviště s podáváním α -lytik nemocným s chronickou bakteriální a abakteriální prostatitidou (NIH II a NIH III). Kombinovaná léčba antimikrobiálními přípravky spolu s α -blokátory vede u nemocných s chronickou prostatitidou ke zlepšení symptomů onemocnění a tím ke zlepšení kvality života.

Klíčová slova: α -blokátory, chronická prostatitida.

PROSTATE INFLAMMATIONS, A ROLE OF ALPHA-BLOCKERS IN THE TREATMENT OF SYMPTOMS OF DISEASE
Chronic inflammatory diseases of a prostate represent „*crux urologicum*“ by their symptoms and persistent complaints of patients. Over 30 % of patients have different urinary symptoms. One treatment possibility to interfere with lower urinary tract symptoms can be administration of alpha blockers in different doses. I present experiences of our centre with alpha blockers administration in patients with chronic bacterial and abacterial prostatitis (NIH II and NIH III). Combination therapy with antimicrobial agents and alpha-blockers leads to relief in symptoms of a disease in patients with chronic prostatitis and therefore to increase of life quality.

Key words: alpha blockers, chronic prostatitis.

Zánětlivá onemocnění prostaty představují nejčastější urologickou diagnózou mužů mladších 50 let, ve vyšších věkových skupinách jsou pak na třetím místě a provázejí jiné patologické stavy prostaty. Epidemiologické studie v ČR nikdy neproběhly a přesná prevalence v populaci není známá. Podle studií ze Spojených států odhadujeme, že i u nás se prevalence pohybuje mezi 7–10 %. Časté úporné polymorfni stesky, různý stupeň obtíží a dyskomfort přivádí do ordinací urologů pacienty s prostatitidami s frekvencí větší, než u jiných urologických diagnóz, mnohdy mnohem závažnějších. Kvalita života nemocných s chronickou prostatitidou je srovnávána s pacienty s nestabilní anginou pectoris, recentním infarktem myokardu nebo Crohnovou nemocí.

V roce 1997 byla přijata NIH (National Institute of Health) klasifikace a definice prostatitid (tabulka 1). NIH

Tabulka 1. National Institutes of Health (NIH) klasifikace prostatitid

Klasifikace	Název	Popis
I	akutní bakteriální prostatitida	akutní infekce prostatické žlázy
II	chronická bakteriální prostatitida	recidivující infekce prostaty
III	chronická abakteriální prostatitida	bez prokazatelné infekce
IIIa	zánětlivý syndrom chronické bolesti pánevní	leukocyty v ejakulátu, prostatickém sekretu nebo v moči po masáži prostaty
IIIb	nezánětlivý syndrom chronické bolesti pánevní	bez leukocytů v ejakulátu, prostatickém sekretu nebo v moči po masáži prostaty
IV	asymptomatická zánětlivá prostatitida	bez subjektivních příznaků, průkaz buď v biotickém materiálu nebo přítomnost leukocytů v ejakulátu nebo prostatickém sekretu při vyšetření pro jiné obtíže

klasifikace umožňuje přesnější diagnostiku a tím i účinnější léčbu. Nejčastější formou v populaci jsou syndromy chronické bolesti pánevní (NIH III). V souvislosti s abakteriální prostatitidou jsou stále častěji spojovány a diskutovány imunologické a autoimunní faktory. Se zpřesněním diagnostiky určujeme jako prokázané patogeny mikroorganismy nikoliv uropatogenní nebo kryptogenní. Dříve často používaný pojem prostatodynie je novou klasifikací zahrnut do kategorie IIIb. Samotné prostatodynie mohou být v souvislosti s onemocněním prostaty, ale mnohem častěji jsou dnes spojovány s neuromuskulární dysfunkcí malé pánve a perinea.

Etiologie

Klasifikace NIH je stejně jako předchozí klasifikace založena na kultivačních nálezech standardních uropatogenů, tzn. enterobakteriaceí a grampozitivních enterokoků. Ostatní grampozitivní mikroorganismy, kolonizující uretru (*Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Corynebacterium* spp., *Bacteroides* spp.), mohou být zachyceny při vyšetření prostatických vzorků nebo ejakulátu, jejich spojení se symptomy zánětu prostaty zůstává nadále nejasné. V současné době jsou nemocní s těmito patogeny klasifikováni jako kategorie III. Obdobné hodnocení je i pro další patogeny, včetně chlamydií a ureaplazmat.

Klinický obraz

Klinický obraz se liší podle kategorie onemocnění. Typický klinický obraz má akutní prostatitida s vysokou teplotou, třesavkou a celkovou alterací stavu s bolestí na hrázi a podbřišku. Celkové a algické příznaky jsou provázeny různým stupněm mikčních obtíží, stranguriemi, polakizuriemi, obstrukčními příznaky. U části nemocných pozorujeme výtok z uretry. U asi 8 % pacientů synchronně

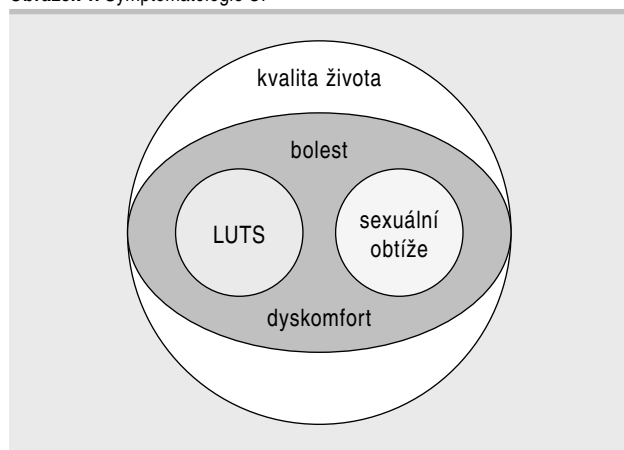
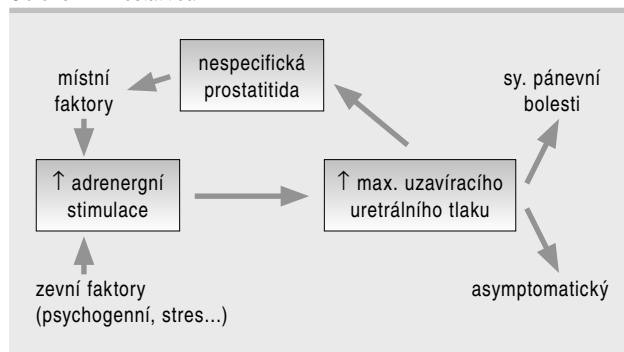
Tabulka 2. Diagnostika chronické prostatitidy

- klinický obraz
- laboratorní vyšetření
- imunologické vyšetření
- uroflowmetrie
- ultrasonografie

s epididymitidou probíhá i zánět prostaty. Lokální komplikací akutního zánětu prostaty může být prostatický absces, systémovou komplikací pak rozvoj sepse.

Chronická prostatitida je souborem různě vyznačených polymorfních stesků a obtíží (obrázek 1), reagujících na rozličné podněty zevního i vnitřního prostředí (změny teploty, jízda na kole, sexuální styk, dlouhé sezení, alkohol, ale také psychické vlivy, infekce vedoucí ke snížení obranyschopnosti organismu a další). V popisu obtíží nemocných se setkáváme s pánevním a perineálním dyskomfortem, testalgiami a rozličnými mikčnými obtížemi a poruchami sexuálních funkcí. Objektivně můžeme prokázat různý stupeň mikčných obtíží, častěji iritačního charakteru. Zcela typickým je fakt, že symptomy nekorelují se zánětlivými změnami. Fixace pacientů na obtíže, jejich změny v čase a průběhu onemocnění ovlivňují kvalitu života nemocných a opakovaně přivádějí nemocné do urologických ambulancí.

Rizikovými faktory vzniku a rozvoje chronického zánětu prostaty jsou bakteriální záněty prostaty neuropatogenními nebo oportunně patogenními bakteriemi, reflux do intraprostatických ductů, fimóza, nechráněný anální

Obrázek 1. Symptomatologie CP**Obrázek 2.** Prostatitida

styk, infekce dolních močových cest, akutní epididymitida, permanentní katetr, kondomový urinál a transuretrální výkony u nemocných s neléčenou bakteriurií.

Diagnostika

Diagnóza akutního zánětu prostaty není problémem. Rozdílnou je situace u chronických zánětů prostaty. Diagnostika je založen na těsné spolupráci urologa a klinického mikrobiologa. Stanovení diagnózy vychází z posouzení klinického stavu, mikrobiologického vyšetření, pomocných laboratorních vyšetření, imunologického profilu, uroflowmetrie a ultrasonografie (tabulka 2).

K rozvoji symptomů a mikčných příznaků přispívají anatomické a neurofyzilogické změny v oblasti hrdla měchýře, prostaty a prostatické části močové trubice (obrázek 2). Urodynamické studie prokázaly u části pacientů obstrukční mikci se snížením maximálního průtoku. Kaplan (1997) popsal vesikouretrální dyssyngii u části pacientů se symptomy prostatitidy. K ní dochází nejspíše autonomní hyperstimulací perineálně-pánevního neurálního systému při rozvoji chronického syndromu pánevní bolesti. Jinou možností rozvoje dysfunkční mikce může být reflux do intraprostatických ductů. Obstrukční mikce se rozvíjí u přibližně třetiny nemocných.

Léčba

Farmakoterapie je základem léčby akutních i chronických zánětů prostaty. Pacientům s příznaky chronické prostatitidy bývají nejčastěji předepisována antibiotika velmi často nezávisle na výsledku mikrobiologického nálezu.

Chronické záněty bychom měli léčit antibakteriální chemoterapií na základě mikrobiologického vyšetření. Léčba musí být dlouhodobá, minimálně tři, lépe čtyři týdny. Kontrolní kultivace odebíráme s odstupem měsíce. Nemocným s prostatolitiázou podáváme dlouhodobou subinhibiční léčbu cotrimoxazolem nebo norfloxacinem, neexistují však standardizované postupy.

Antimikrobiální léčbu podle klinického stavu a potřeby doplňujeme antiflogistiky (indometacin, diklofenak a dalšími) a analgetiky se spasmolytickým účinkem (metamizol). Ke snížení koncentrace metabolitů purinových a pyrimidinových bází v moči, které intraprostatickým refluxem pronikají do prostatických ductů, podáváme allopurinol. Antiandrogeny, včetně inhibitorů 5 α -reduktázy, vedou k regresi epiteliální výstelky prostaty, zlepšení mikčných parametrů a snížení intraprostatického refluxu. S dobrým efektem lze někdy podat fytofarmaka, mepartricin, enzymatické přípravky (Wobenzym, Flobenzym). U opakujících se kulturačních nálezů je možné aplikovat autovakcínu.

K relaxaci hladké svaloviny a kosterních svalů mohou být v kombinaci s další léčbou podávána α -adrenalytika (alfuzosin, tamsulosin, terazosin, doxazosin).

Hodnocení aplikace α -lytik u nemocných s chronickou prostatitidou (CP).

V letech 1999–2000 jsme sledovali skupinu 40 nemocných s chronickou prostatitidou klasifikovanou jako NIH

II a NIH III. U 12 nemocných jsme na základě kulturačních nálezů zhodnotili onemocnění jako kategorii NIH II, 28 nemocných s jinou prokázanou bakteriální flórou nebo abakteriálním zánětem jako kategorii NIH III. Průměrný věk sledovaných mužů byl 27,8 roku, s rozmezím mezi 18 až 57 lety.

Léčba obou skupin nemocných byla shodná. Po dobu čtyř týdnů dostávali nemocní ciprofloxacín 1g denně, současně jsme zahájili podávání alfuzosinu v denní dávce 5–10 mg na jeden rok.

Hodnotili jsme symptomové skóre NIH-CPSI (chronic prostatitis symptom index), mikrobiologické vyšetření, uroflowmetrii a ultrasonografii prostaty a močového měchýře při zahájení léčby (D0), 7 týden léčby (T7) a dále po pěti (M5) a 12 měsících (M12).

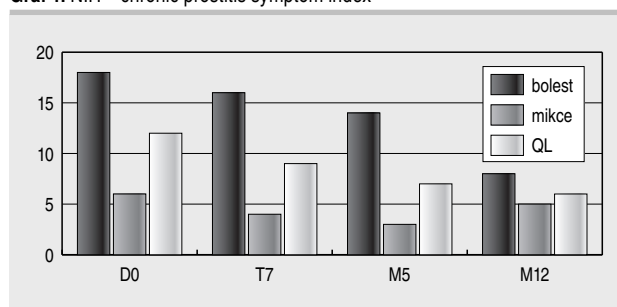
Symptomové skóre NIH-CPSI zahrnuje dotazy na výskyt bolesti, stupeň mikčních obtíží a ovlivnění kvality života. Nejčastější lokalizací bolesti v naší skupině byla bolest perineální, méně pak testalgie, zřídka pak nemocní lokalizovali bolest ke kořeni penisu, do močového měchýře a zad. Mikční obtíže jsou podle literárních údajů přítomny u třetiny nemocných. V našem souboru jsme cílenými dotazy, uroflowmetrickým a ultrasonografickým vyšetřením zjistili některý ze symptomů LUTS u více než 60% mužů. Léčba vedla ke zlepšení parametrů symptomového skóre, rozdíl mezi skupinou NIH II a NIH III jsme nezjistili (graf 1).

Hodnocení mikrobiologické odpovědi bylo při kombinované léčbě signifikantně lepší ve skupině NIH III proti skupině NIH II ($p < 0,02$).

Literatura

1. Barbalias GA, Nikiiforidis G, Liatsikos EN. Alpha-blockers for the treatment of chronic prostatitis in combination with antibiotics. *J Urol*, 1998; 3: 883–887.
2. Naber KG, Bergman B, Bishop M, et al. Guidelines on urinary and male genital tract infections. Arnheim, EAU Healthcare Office, 2001: 49–56.

Graf 1. NIH – chronic prostatitis symptom index



Ultrasonograficky není rozdíl mezi skupinami NIH II a NIH III při hodnocení velikosti prostaty a postmikčního rezidua v průběhu ročního sledování.

Hodnocení maximálního a středního průtoku při uroflowmetrickém vyšetření prokázalo zlepšení parametrů mikce, ale bez signifikantního rozdílu mezi kategoriemi NIH II a NIH III.

V současné době není jednoznačné doporučení, u kterých pacientů alfalytika podat. Stejně tak se hledá optimální kombinace léčby a typ α -lytika, který bude nejeftivnější. Nejsou ani data pro dávkování a vhodnou dobu léčby, současná situace tedy vyžaduje další studie. Přesto se zdá, že podklady pro podávání α -lytik jsou racionální. Kombinovaná léčba vede k redukci bolesti a dyskomfortu nemocných a současně dochází ke zlepšení parametrů mikce. Ovlivnění kvality života je u nemocných s chronickou prostatidou prvořadým úkolem.

3. Nickel JC. Prostatitis: Evolving Management Strategies. *Urol. Clin. North Am.*, 1999; 4: 737–751.