

A krónikus abakteriális prosztatitisz és kezelési lehetőségei

Vokó Boldizsár dr., Szegedi Ákos dr., Mayer Tamás dr., Magyar András dr.

Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet, Urológiai Osztály, Budapest (osztályvezető: Tenke Péter dr.)

Levelezési cím:
Dr. Vokó Boldizsár
Jahn Ferenc Dél-pesti
Kórház és Rendelőintézet,
Urológiai Osztály,
1204 Budapest Köves út 1.
E-mail: vokob1@gmail.com

A krónikus kismedencei fájdalom egy igen heterogén betegségcsoportot takar mind a tünetek, mind a rizikófaktorok, illetve a betegek szempontjából is. A legfrissebb európai urológiai (EAU) irányelv klasszifikációja a krónikus kismedencei fájdalom-szindrómán belül számos betegségcsoportot különböztet meg. A pontos kórkép meghatározása igen nehéz feladat és minden esetben társszakmákkal együttesen történik, mivel a betegségcsoportba nem csak urológiai kórképek tartoznak. A diagnózis felállítása mindig személyre szabottan történik. Fontos a fájdalom maximumának, terjedésének, jellegének, továbbá a társbetegségek, szervi tünetek és a pszichológiai panaszok meghatározása is. A krónikus kismedencei fájdalom azon alcsoportját, amikor a fájdalom visszatérően vagy akár hosszú távon a prosztatára lokalizálódik, a prosztata tapintási vizsgálata igen fájdalmas, infekció, illetve egyéb gastroenterológiai, neurológiai, pszichiátriai betegség vagy izomsérülés kizárható, krónikus abakteriális prosztatitisznek vagy más néven prosztatafájdalom-szindrómának (PPPS) nevezzük (1, 2). A kórkép pontos epidemiológiai adatairól csak limitált információval rendelkezünk. Ebben szerepet játszik a nehezített differenciáldiagnózis és a heterogén tünettannal (1). A betegség incidenciájáról sajnálatos módon nem állnak rendelkezésre a világirodalomban megbízható, pontos adatok. Nagy esetszámú szisztematikus irodalomkutatások szerint, prevalencia szempontjából a prosztatitisz előfordulása világirodalmi becslések alapján a férfi populáció 2,3-9,7%-ra tehető. Azonban ezen vizsgálatok nem tetek különbségek akut, krónikus, illetve infekciós etiológiájú prostatitiszek között. A betegeket kizárólag tünettannal alapján vizsgálták. (3). A krónikus abakteriális prosztatitisz kialakulásában szerepet játszó rizikófaktorok feltérképezése jelenleg is intenzíven zajlik. Az eddigi kutatási eredmények szerint a betegség előfordulását szignifikánsan növelő rizikófaktoroknak tekinthető (1, 4) korábban lezajlott akut bakteriális prosztatitisz, urológiai beavatkozás (például vasectomia, húgycső-katéterezés), szexuális úton terjedő betegség, az endokrin rendszer zavara, a jóindulatú prosztata-megnagyobbodás, az elhízás és a szorongás (5). Az egyéb rizikófaktoroktól függetlenül vizsgálva az életkor nagy valószínűséggel nem játszik szerepet a betegség előfordulásában, azonban az e témában publikált tanulmányok ellentmondásosak (4). A kórképnek jelentős szocioökonomia vonzata van mind a betegek (gyógyszerek megvásárlása, munkából való távolmaradás, pszichés tényezők), mind az egészségügyi ellátórendszer számára (6). A krónikus abakteriális prosztatitisz diagnózisára és klasszifikációjára nem áll rendelkezésünkre elfogadott biomarker, a kórisme pontos felállítása a tünetek klinikai megfigyelésén, illetve egyéb kismedencei panaszt okozó kórképek kizárásán alapul (7).

Az prosztatafájdalom-szindróma tünettana igen szerteágazó. A diagnosztika elősegítése érdekében a National Institute of Health (NIH) 1999-ben megalkotta a Chronic Prostatitis Symptom Indexet (CPSI), a tünetek standardizált értékelését (8, 9). Ez egy kérdőív 12 kérdéssel, amely 3 szempont mentén (úgy, mint fájdalom, vizelési tünetek és az életminőségre gyakorolt hatás) értékeli a tüneteket (10). Egy nagy esetszámú multicentrikus kutatás alapján (7), amely különböző országokban összesen 1563 kitöltött kérdőív adatait dolgozta fel, a fájdalom leggyakoribb lokalizációja a perinealis régió. A betegek 45%-a, illetve 43%-a számolt be ejakuláció, illetve vizeletürítés alatt fellépő fájdalomról. Az életminőség-romlás mértékével a legjelentősebb korrelációt a fájdalom intenzitása és gyakorisága mutatta. A betegség kezelése személyre szabott megközelítés szerint történik, amely értékelésében a CPSI dimenziói nagy segítséget jelentenek. A megfelelő terápia kiválasztásának, illetve monitorozásának céljából a legfrissebb európai urológiai (EAU) irányelv is a különböző tüneti csoportokban lévő javulás értékelését ajánlja (1). A terápias terv kialakítása a beteg aktív közreműködésével történik. Legtöbbször kombinált gyógyszeres terápia alkalmazása szükséges, amely összeállításánál fontos mérlegelni a beteg domináló panaszait, illetve a különböző hatóanyagok mellékhatásait is. Nonszteroid gyulladáscsökkentők, illetve szteroidtartalmú gyulladáscsökkentők alkalmazásával is javulást lehet elérni a CPSI valamennyi dimenziójában, azonban a javulás csak az alkalmazás időtartamára korlátozott, hosszú távon pedig számolni kell mellékhatásokkal (11, 12). Az α -blokkolók használata is képes egyaránt a fájdalom, vizelési panaszok és az életminőség pontszámaiban is javulást hozni (13). Prosztatafájdalom-szindrómában szenvedőknél empirikus antibiotikumterápia is alkalmazható, amennyiben a beteg tüneteire a korábbiakban még nem részesült antibiotikumkezelésben. Ilyen esetekben hathetes cipro/levofloxacin vagy tizenkét hét tetracyclin kúra mérlegelendő. Az adott antibiotikum mindig az egyéb felsorolt gyógyszer-csoportokkal együttesen alkalmazandó. Metaanalízis vizsgálatok javulást mutattak mind fájdalom, mind a vizelési tünetek, illetve az életminőség tekintetében is. Ugyanakkor a javulás mértéke nem korrelált a betegek pozitív vizelet vagy prosztatabiopsziás tenyésztési eredményeivel, illetve fehérvérsejt számával sem (14). Kiemelendő, hogy a felesleges antibiotikumhasználat minden esetben kerülendő, így eredménytelen antibiotikumkúrát követően a szövegben felsorolt egyéb gyógyszer-csoportokat, illetve nem gyógyszeres terápiai lehetőségeket alkalmazzuk a tünetek kezelésére, újabb antibiotikumterápiát ne kezdjünk. Az 5α -reduktáz-gátlók alkalmazását az EAU-irányelv 50–75 év közötti férfiaknak java-

solja (15). Általános betegpopulációban nem volt szignifikáns kimutatható eredményessége. Izomrelaxáns készítmények eredményesek lehetnek gáttáji izomgörcsös panaszok esetén, ugyanakkor ezen gyógyszercsoport hatásosságát kevés tanulmány támasztja alá (16). A pregabalin, antiepileptikum, neuropátiás fájdalom esetén képes javulást elérni a krónikus abakteriális prosztatitisz fájdalomdimenziójában (17). Az intravesicalis A-típusú botulinum toxin (BTX-A) injekció szintén eredményes lehet a fájdalompontszám csökkentésében (18).

Különböző fitoterápiás készítmények hatékonyságát is számos kutatás vizsgálta, eredményességüket szisztematikus irodalomkutatások és metaanalízisek is megerősítették. Virágpollen-kivonatok, antioxidáns és gyulladáscsökkentő flavonoidok eredményesen és tartósan csökkentették a CPSI-pontszámot (19, 20). Kiemelendő, hogy egyes tanulmányok azt igazolták, hogy a fitoterápiás készítmények az ibuprofennél nagyobb mértékben és tartósabban, akár 6 hónapon át voltak képesek csökkenteni a CPSI-pontszámot, kevesebb mellékhatással (21, 22). Hazánkban is elérhető összetett fitoterápiás készítmény a Proxelan kúp, amely a különböző gyógyszercsoportok (NSAID, 5 α -reduktáz-gátlók, antioxidánsok, flavonoidok) előnyeit ötvözi, kizárólag természetes hatóanyagok-

kal. Kis esetszámú randomizált kontrollált vizsgálat során, antibiotikummal kombinálva eredményesebben csökkentette a betegek CPSI pontszámát az antibiotikum-monoterápiával szemben (23). Az EAU-irányelv néhány fizioterápiás modalitásról is beszámol, amelyekkel pozitív kezdetleges eredményeket értek el. Kiemelendő az akupunktúra, amely helyesen kivitelezve szignifikánsan javíthatja a betegek tüneteit. Megemlítendő még az extrakorporális lökéshullám-terápia, illetve az elektromágneses terápia, azonban ezen eljárásokkal még csak kis esetszámú vizsgálatokat végeztek és széles körben egyelőre nem terjedtek el (24).

Következtetések

Összefoglalásként elmondható, hogy egy igen heterogén betegségről van szó, amely diagnózisa összetett és multidiszciplináris megközelítést igényel. A tünetek kiértékelésére objektív módszerek állnak rendelkezésünkre. A betegség kezelésére számos, klinikai vizsgálatokkal igazolt gyógyszer áll a rendelkezésre. A terápiás terv összeállítása személyre szabottan történik, és holisztikus szemléletet igényel.

Irodalom

- Engeler Daniel S, et al. The 2013 EAU guidelines on chronic pelvic pain: is management of chronic pelvic pain a habit, a philosophy, or a science? 10 years of development. *European urology* 2013; 64(3): 431–9. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2013.04.035>
- Litwin MS, et al. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. *The Journal of urology* 1999; 162(2): 369–75. [https://doi.org/10.1016/s0022-5347\(05\)68562-x](https://doi.org/10.1016/s0022-5347(05)68562-x)
- Krieger John N, et al. Epidemiology of prostatitis. *International journal of antimicrobial agents* 2008; 31(Suppl 1): S85–90. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2007.08.028>
- Zhang Jianzhong, et al. The Lifetime Risk and Prognosis of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome in the Middle-Aged Chinese Males. *American journal of men's health* 2019; 13(4): 1557988319865380. <https://doi.org/10.1177/1557988319865380>
- Chung Shiu-Dong and Herng-Ching Lin. Association between chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and anxiety disorder: a population-based study. *PLoS one* 2013; 8(5): e64630. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0064630>
- Calhoun Elizabeth A, et al. The economic impact of chronic prostatitis. *Archives of internal medicine* 2004; 164(11): 1231–6. <https://doi.org/10.1001/archinte.164.11.1231>
- Wagenlehner Florian ME, et al. National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI) symptom evaluation in multinational cohorts of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *European urology* 2013; 63(5): 953–9. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2012.10.042>
- Nickel JC, et al. Prevalence of prostatitis-like symptoms in a population based study using the National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index. *The Journal of urology* 2001; 165(3): 842–5.
- Marszalek Martin, et al. Chronic pelvic pain and lower urinary tract symptoms in both sexes: analysis of 2749 participants of an urban health screening project. *European urology* 2009; 55(2): 499–507. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2008.03.073>
- Litwin Mark S. A review of the development and validation of the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index. *Urology* 2002; 60(6 Suppl): 14–8; discussion 18–9. [https://doi.org/10.1016/s0090-4295\(02\)02296-3](https://doi.org/10.1016/s0090-4295(02)02296-3)
- Zhao WP, et al. Celecoxib reduces symptoms in men with difficult chronic pelvic pain syndrome (Category IIIA). *Brazilian journal of medical and biological research. Revista brasileira de pesquisas medicas e biologicas* 2009; 42(10): 963–7. <https://doi.org/10.1590/s0100-879x2009005000021>
- Bates Sylvia M, et al. A prospective, randomized, double-blind trial to evaluate the role of a short reducing course of oral corticosteroid therapy in the treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *BJU international* 2007; 99(2): 355–9. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2007.06667.x>
- Anothaisintawee Thunyarat, et al. Management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a systematic review and network meta-analysis. *JAMA* 2011; 305(1): 78–86. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1913>
- Nickel JC, et al. Predictors of patient response to antibiotic therapy for the chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective multicenter clinical trial. *The Journal of urology* 2001; 165(5): 1539–44.
- Nickel JC, et al. 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 international* 2004; 93(7): 991–5. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2003.04766.x>
- Tuççu Volkan, et al. A placebo-controlled comparison of the efficiency of triple- and monotherapy in category III B chronic pelvic pain syndrome (CPPS). *European urology* 2007; 51(4): 1113–7; discussion 1118. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2006.09.036>
- Pontari Michel A, et al. Pregabalin for the treatment of men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized controlled trial. *Archives of internal medicine* 2010; 170(17): 1586–93. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.319>
- Parsons Brian A, et al. The Benefits and Harms of Botulinum Toxin-A in the Treatment of Chronic Pelvic Pain Syndromes: A Systematic Review by the European Association of Urology Chronic Pelvic Pain Panel. *European urology focus* 2022; 8(1): 320–338. <https://doi.org/10.1016/j.euf.2021.01.005>
- Wagenlehner Florian ME, et al. A pollen extract (Cernilton) in patients with inflammatory chronic prostatitis-chronic pelvic pain syndrome: a multicentre, randomised, prospective, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. *European urology* 2009; 56(3): 544–51. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2009.05.046>
- Shoskes DA, et al. Quercetin in men with category III chronic prostatitis: a preliminary prospective, double-blind, placebo-controlled trial. *Urology* 1999; 54(6): 960–3. [https://doi.org/10.1016/s0090-4295\(99\)00358-1](https://doi.org/10.1016/s0090-4295(99)00358-1)
- Cai Tommaso, et al. Pollen extract in association with vitamins provides early pain relief in patients affected by chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Experimental and therapeutic medicine* 2014; 8(4): 1032–1038. <https://doi.org/10.3892/etm.2014.1861>
- Cai Tommaso, et al. The efficacy and tolerability of pollen extract in combination with hyaluronic acid and vitamins in the management of patients affected by chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a 26 weeks, randomized, controlled, single-blinded, phase III study. *Minerva urology and nephrology* 29 Mar. 2021. <https://doi.org/10.23736/S2724-6051.21.04141-2>
- Galeone G, et al. Ruolo di Proxelan nel trattamento delle prostatiti croniche. Risultati di un trial randomizzato [The role of Proxelan in the treatment of chronic prostatitis. Results of a randomized trial]. *Minerva urologica e nefrologica. The Italian journal of urology and nephrology* 2012; 64(2): 135–41.
- Franco Juan Va, et al. Non-pharmacological interventions for treating chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *The Cochrane database of systematic reviews* 26 Jan 2018; 1(1): CD012551. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012551.pub2>

A közlemény megjelenését a Phytotec Hungária támogatta. A közleményben szereplő adatok és információk a szerző(k) nézeteit tükrözik. Bármely említett termék alkalmazásakor az érvényes alkalmazási előírás az irányadó.