

CHRONICKÉ PÁNEVNÍ BOLESTI

M. Urban, J. Heráček

SOUHRN

Chronické pánevní bolesti představují komplikovaný problém vzhledem k málo úspěšnému určování jejich patofyziologických příčin. Potíže se nejčastěji označují jako *intersticiální cystitis* (IC) či *chronická prostatitis* (CP). Tyto termíny odrážejí klinickou interpretaci symptomů popisovaných pacienty. Zánět je intuitivně označován jako hlavní příčina, protože symptomy tomu naznačují. Dnes vidíme, že teorie řešící chronické pánevní bolesti přestaly fungovat a je třeba je přehodnotit a současně upravit terminologii. Současné definice odpovídají nejnovějším doporučením pro terminologii, která určuje International Continence Society (ICS) [1] a které využívají osovou strukturu klasifikace International Association for the Study of Pain (IASP) [2]. V článku je podrobněji pojednáno o patogenezi, diagnóze a možnostech léčby chronické prostatitis.

SUMMARY

CHRONIC PELVIC PAIN

Chronic pelvic pain constitute a complicated problem due to the determination of their pathophysiological causes, which was not too succesful. The complaints are most often marked as "interstitial cystitis" (IC) or "chronic prostatitis" (CP). These terms reflect clinical interpretation of symptoms described by the patients. The inflammation is intuitively marked as the main cause since the symptoms imply that. Nowadays we can see, that the theories solving chronic pelvic pain do not work anymore and that it is necessary to re-evaluate them and at the same time to adjust the terminology. Contemporary definitions correspond with the latest recommendations for the terminology, determined by International Continence Society (ICS) [1] and using the axial structure of the classification of International Association for the Study of Pain (IASP) [2]. The article elaborates the pathogenesis, diagnosis and the possibilities of treatment of chronic prostatitis.

ÚVOD

Léčba chronických pánevních bolestí je problém komplikovaný vzhledem k málo úspěšnému určování jejich patofyziologických příčin. Potíže se nejčastěji označují jako *intersticiální cystitis* (IC) či *chronická prostatitis* (CP). Tyto termíny odrážejí klinickou interpretaci symptomů popisovaných pacienty. Zánět je intuitivně označován jako hlavní příčina, protože symptomy tomu naznačují. Použití přípony *-itis*, signalizující zánětlivé onemocnění, se zdá být opodstatněné, protože se pro tuto zmíněnou příčinu nakonec podaří najít důkaz.

Námi diskutované stavy se diagnostikují na základě neúspěšného určování jakéhokoli projevu známé patologie. To nevylučuje následné odhalení prozatím

neznámého patologického procesu; současné vyšetřovací metody mohou být příliš necitlivé.

Použitá terminologie tedy může být zavádějící, vychází však z vědeckého přístupu, který i když ustupuje, byl přesto úctyhodný. Američtí pragmatičtí filozofové tvrdili, že teorie je pravdivá, pokud funguje. Dnes vidíme, že teorie řešící chronické pánevní bolesti přestaly fungovat, a je třeba je přehodnotit a současně upravit terminologii. Pokud se však kliničtí pracovníci mají na tomto procesu podílet, je třeba, aby do popisu byla zahrnuta i stará, známá terminologie.

Faktu, že se jedná o skupinu skutečných chorob, nasvědčuje běžný výskyt komplexu symptomů, které jsou popisovány různými osobami rozličných národ-

KLÍČOVÁ SLOVA

chronické pánevní bolesti
chronická prostatitis
syndrom chronické bolesti

KEY WORDS

chronic pelvic pain
chronic prostatitis
chronic pain syndrome

ností. To, že se mezinárodní skupina Evropanů může v tak složitém problému shodnout, naznačuje potřebu ho řešit, i když je třeba si ji teprve uvědomit.

DEFINICE CHRONICKÝCH PÁNEVNÍCH BOLESTÍ (CPP) A TERMINOLOGIE

Chronické pánevní bolesti jsou nemaligní bolesti pociťované ve strukturách spojených s pánví u mužů i žen. V případě dokumentovaných nociceptivních bolestí, které přecházejí v chronické, musí být bolesti trvalé, či opakující se po dobu nejméně 6 měsíců. Pokud jsou zaznamenány neakutní bolestivé mechanismy, bolesti lze považovat za chronické nezávisle na době jejich trvání. Ve všech případech mohou být spojeny s negativními kognitivními, behaviorálními nebo sociálními důsledky (nová definice).

Přípony *-algie* a *-dynie* se často používají jako prostředek k získání hmatatelné diagnózy pro pacienta, což samo o sobě může znamenat příspěvek k léčbě. V těchto pravidlech jsme však z důvodu jasnosti od těchto termínů upustili. Současné definice odpovídají nejnovějším doporučením pro terminologii, která určuje International Continence Society (ICS) [1] a která využívají osovou strukturu klasifikace International Association for the Study of Pain (IASP) (tab. 1) [2].

Syndrom pánevních bolestí (CPPS) je výskyt přetrvávajících, či opakujících se epizod pánevních bolestí spojených se symptomy, které naznačují špatnou funkci dolních cest močových, problémy sexuální, střevní či gynekologické. Není prokázána žádná infekce nebo jiná zřejmá patologie (převzata z ICS 2002) [1].

Syndrom bolestí močového měchýře jsou suprapubické bolesti související s plněním močového měchýře a spojené s dalšími symptomy, jako jsou zvýšená frekvence denního a nočního močení bez prokázané infekce močových cest či jiné zřejmé patologie (ICS 2002) [1].

Syndrom bolestí močové trubice je výskyt opakujících se epizod bolestí močové trubice, obvykle při močení, při zvýšené denní frekvenci a nykturii, bez prokázané infekce či jiné zřejmé patologie (ICS 2002) [1].

Syndrom bolestí penisu je výskyt bolestí penisu, které nejsou primárně spo-

jeny s močovou trubicí, bez prokázané infekce či jiné zřejmé patologie (nová definice).

Syndrom bolestí prostaty je výskyt přetrvávajících či opakujících se epizod bolestí spojených se symptomy, které signalizují špatnou funkci močového ústrojí a/nebo sexuální problémy. Není prokázána žádná infekce či jiná zřejmá patologie (nová definice). Definice syndromu bolestí prostaty byla převzata z dohodnuté definice a klasifikace prostatitidy Národních ústavů zdraví (NIH) [3] a zahrnuje ty stavy, které tyto ústavy označují jako **syndrom chronických pánevních bolestí**. Pomocí jejich klasifikačního systému lze syndrom bolestí prostaty dále rozdělit na typ A - zánětlivý a typ B - nezánečlivý (tab. 2).

Syndrom bolestí šourku je výskyt přetrvávajících či opakujících se epizod bolestí spojených se symptomy naznačujícími špatnou funkci močového ústrojí, či sexuální problémy. Není prokázána epididymoorchitis nebo jiná zřejmá patologie (ICS 2002) [1].

Syndrom bolestí varlat je výskyt přetrvávajících či opakujících se epizod bolestí při vyšetření lokalizovaných ve varlatech a spojených se symptomy naznačujícími špatnou funkci močového ústrojí, či pohlavní problémy. Není prokázána epididymoorchitis či jiná zřejmá patologie (nová a specifitější definice než syndrom bolestí šourku - obr. 1).

Syndrom bolestí nadvarlat je výskyt přetrvávajících či opakujících se epizod bolestí lokalizovaných při vyšetření v nadvarlatech a spojených se symptomy naznačujícími špatnou funkci močového ústrojí či sexuální problémy. Není prokázána epididymoorchitis či jiná zřejmá patologie (nová a specifitější definice než syndrom bolestí šourku - obr. 1).

Syndrom bolestí po vazektomii je syndrom bolestí šourku, které následují po vazektomii (nová definice).

Syndrom bolestí spojených s endometriem jsou chronické či opakující se pánevní bolesti, při nichž je přítomna endometriosis, avšak nevysvětluje plně všechny symptomy (nová definice).

Syndrom bolestí pochvy je výskyt přetrvávajících, nebo opakujících se epizod bolestí spojených se symptomy naznačujícími špatnou funkci močového ústrojí, nebo pohlavní problémy. Není prokázána infekce pochvy ani jiná zřejmá patologie (ICS 2002).

Syndrom bolestí vulvy je výskyt přetrvávajících, či opakujících se epizod bolestí vulvy spojených buď s mikčným cyklem, či se symptomy naznačujícími špatnou funkci močového ústrojí či pohlavní problémy. Není prokázána žádná infekce či jiná zřejmá patologie (ICS 2002) [1].

Symptom generalizovaných bolestí vulvy (formálně dyzestetická vulvodynie) označuje pálení nebo bolesti vulvy, jež nelze spolehlivě a přesně lokalizovat „mapováním“ bodovým tlakem pomocí aplikátoru s vatovým koncem či podobného nástroje. Může být postižena poševní předsíň, ale obtíže nejsou omezeny pouze na tuto oblast. Klinicky se mohou bolesti vyskytovat s provokací i bez ní - dotek, tlak či tření (International Society for the Study of Vulvovaginal Disease, ISSVD 1999).

Syndrom lokalizovaných bolestí vulvy označuje bolesti, jež nelze spolehlivě a přesně lokalizovat mapováním bodovým tlakem na jednu, či více částí vulvy. Klinicky se bolest vyskytuje jako výsledek provokace - dotek, tlak či tření (ISSVD 1999).

Syndrom vestibulárních bolestí (dříve vulvální vestibulitis) označuje bolesti, které mohou být lokalizovány mapováním bodovým tlakem v jedné či více částech předsíně pochvy.

Syndrom bolestí klitorisu označuje bolesti, které mohou být lokalizovány mapováním bodovým tlakem v klitorisu.

Proctalgia fugax označuje silné a krátké epizody bolestí, k nimž dochází v nepravidelných intervalech a které jako by vycházely z konečníku (IASP 1994) [2].

Syndrom anorektálních bolestí je výskyt přetrvávajících či opakujících se epizod bolestí konečníku, které jsou spojeny s určitými spouštěcími oblastmi konečníku/citlivostí a související se symptomy špatné funkce střev. Není prokázána žádná infekce nebo jiná zřejmá patologie (nová definice).

Anizmus je výskyt análních bolestí souvisejících s procesem defekace, které vznikají tím, že příčně pruhované svalstvo pánevního dna ani vnější anální svěrač nejsou schopny se uvolnit (nová definice).

Syndrom pudendálních bolestí jsou bolesti neuropatického typu, které vznikají v inervační oblasti pudendálního nervu, a příznaky špatné funkce konečníku, močového ústrojí nebo sexuálních problémů. Není prokázána žádná zřejmá patologie.

Tab. 1. Klasifikace chronické pánevní bolesti.

chronická pánevní bolest (nová definice)	syndrom pánevní bolesti [1]	urologické	syndrom bolestivého měchýře [1]	intersticiální cystitida	
			uretrální syndrom [1]		
			syndrom bolestivého penisu (nová definice)		
			syndrom bolestivé prostaty (upraveno podle NIH) [3]		
			syndrom bolestivého skrota [1]	syndrom testikulární bolesti (nová definice)	
				syndrom bolesti po vazektomii (nová definice)	
		syndrom epididymální bolesti (nová definice)			
		gynekologické	syndrom bolesti spojené s endometriózou		
			syndrom vaginální bolesti [1]		
			syndrom vulvární bolesti [1]	syndrom generalizované vulvární bolesti (ISSVD 1999)	
		syndrom lokalizované vulvární bolesti (ISSVD 1999)		syndrom vestibulární bolesti (ISSVD 1999)	
				syndrom klitoridální bolesti (ISSVD 1999)	
		anorektální	proktalgie [2]		
			syndrom anorektální bolesti (nová definice)		
			anismus		
		neurologické	syndrom pudendální bolesti (nová definice)		
	svalové	syndrom perineální bolesti [1]			
		syndrom bolesti svalů pánevního dna (nová definice)			
	onemocnění způsobující bolest, např.:	urologické	cystitida		
			prostatitida		
			uretritida		
orchiepididymitida					
gynekologické		endometrióza			
anorektální		proktitida			
		hemorhoidy			
		anální fissury			
neurologické		pudendální neuropatie			
		nemoci sakrální míchy			
ostatní		cévní			
		kožní			
		psychiatrické			

(ISSVD International Society for the study of Vulvovaginal Disease)

Syndrom perineálních bolestí je výskyt přetrvávajících či opakujících se epizod perineálních bolestí, které souvisejí buď s mikčným cyklem nebo jsou spojeny se symptomy naznačujícími špatnou funkci močového ústrojí nebo sexuální problémy. Není prokázána žádná infekce či jiná zřejmá patologie (ICS 2002) [1].

Syndrom bolesti svalstva pánevního dna je výskyt přetrvávajících či opakujících se epizod bolestí pánevního dna spojených se spouštěcími body, které souvisejí buď s mikčným cyklem nebo se sympto-

my naznačujícími špatnou funkci močového ústrojí, nebo sexuální problémy. Není prokázána žádná infekce či jiná zřejmá patologie (nová definice).

V současnosti neexistuje ideální klasifikace stavů, které lze považovat za syndromy chronických bolestí. Výše uvedené rozdělení je založeno na klasifikaci IASP [2]. Většina terminologie vychází z klasifikace chronických bolestí ICS [1] se vstupy z ISSVD a speciální zájmové skupiny IASP, z Bolestí urogenitálního původu (PUGO) a Mezinárodní sítě specialistů pro

bolest (SPIN). Hlavní rozpory v této oblasti se týkají toho, že bolesti mohou zahrnovat mnoho zdrojů, etiologií a mechanismů.

Člověk využívající výše uvedenou klasifikaci by měl začít vlevo v tabulce a postupovat doprava pouze tehdy, pokud je schopen skutečně a spolehlivě potvrdit patologii odpovídajícího systému a orgánu. V mnoha případech se může dostat pouze k označení stavu jako syndromu pánevních bolestí. Např. v mnoha případech, v nichž byla v minulosti porucha pacientů označena jako prostatdynie, není možné

Tab. 2. Klasifikace prostatitis podle NIDDK/NIH.

- I. Akutní bakteriální prostatitis (ABP)
- II. Chronická bakteriální prostatitis (CBP)
- III. Syndrom chronických pánevních bolestí (CPPS)
 - A. Zánětlivý CPPS: bílé krvinky v semeni/v EPS/ve vyloučené moči z měchýře-3 (VB3)
 - B. Nezářetlivý CPPS: žádné bílé krvinky v semeni/EPS/VB3
- IV. Asymptomatická zánětlivá prostatitis (histologická prostatitis)

NIH/NIDDK-National Institutes of Health/National Institute of Diabetes/Digestive/Kidney Disease. Consensus Meeting on Prostatitis in Bethesda in December 1995 a nová klasifikace pro prostatitis

kategoricky stanovit, že bolest vychází z prostaty, a nikoliv z jiných zdrojů, jako jsou např. svaly pánevního dna.

Intersticiální cystitis (IC) lze definovat dobře. Mnoho pacientů, u kterých byly obtíže dříve označovány jako IC, však neodpovídá výzkumným kritériím, a v důsledku toho je musíme označit jako pacienty se syndromem bolesti močového měchýře.

Termín *syndrom bolestí* se používá tehdy, pokud lze dobře definovat primární patologii s jedním počátečním zdrojem. Pokud však stav pokračuje, jeho obraz se může komplikovat a zahrnovat více zdrojů a mechanismů. Stav se pak stává komplexem symptomů a příznaků, což je syndrom. Osová klasifikace IASP se rozšiřuje nad a pod systém použitý zde a zahrnuje časové a etiologické charakteristiky a charakteristiky intenzity. Tyto parametry by také měly být zaznamenány pro kontrolu a výzkum. Podle požadavku ISSVD by mělo být zaznamenáno, zda bolesti vznikají provokací, či nikoliv. Tento systém klasifikace by měl spojit zkušenosti řady specializovaných skupin. Bude třeba jej během několika příštích let výrazně upravit.

CHRONICKÁ PROSTATITIS

Prostatitis představuje nejasnou a špatně pochopenou chorobu vzhledem k tomu, že její výzkum komplikuje omezený fyzický přístup ke žláze. Žádná jistota o její etiologii, nedostatek odlišujících klinických charakteristik a nejednotná diagnostická kritéria spolu se zdoluhavým průběhem léčby způsobují, že uspokojivé vysvětlení této choroby je daleko před námi. U cca

5–10 % případů je u klinické prostatitis prokázána bakteriální etiologie. Tam, kde laboratorní metody u zbylých 90 % případů neprokázaly, že je způsobena bakteriemi, je choroba klasifikována jako *chronická nebakteriální prostatitis*, či *prostatodynie* [4,5,6]. Fakt, že její symptomy nutně neukazují na izolovanou chorobu prostaty, vedl k jejímu přejmenování na *chronickou prostatitis spojenou se syndromem chronických pánevních bolestí (CPPS)*, což je nový termín používaný u pacientů se symptomatickou prostatitis nebakteriálního původu (tab. 2) [7]. Pro větší jasnost a srozumitelnost bude v tomto pojednání používána starší terminologie.

Definice

Chronická prostatitis spojená se syndromem chronických pánevních bolestí je definována jako potíže nebo bolesti v pánevní oblasti se sterilními kulturami vzorků a nevýznamnými počty bílých krvinek ve vzorcích specifických pro prostatu, zejména v semeni, vyloučených sekrecích prostaty (EPS) a moči odebrané po masáži prostaty (VB) [7] (tab. 2). Podle nové klasifikace Národního ústavu pro diabetes a choroby trávení a ledvin (NIDDK) je chronická prostatitis spojená se syndromem chronických pánevních bolestí definuje jako kategorie IIIB [8] (tab. 2).

Patogeneze

Etiologie a patofyziologie chronické prostatitis zůstává záhadou. Akutní bakteriální prostatitis je jiný chorobný proces než syndromy chronické prostatitis. Jak tomu často bývá u syndromu chronických pánevních bolestí, i zde převažují hypotézy nepodložené podstatnými důkazy.

Pacienti se syndromem chronických pánevních bolestí nevykazují žádné pro-

jevy zánětu. Netrpí uretritid, urogenitální rakovinou, zúžením uretry či neurologickou chorobou postihující močový měchýř. Skutečně nevykazují zřejmé onemocnění ledvinového ústrojí [7].

K popisu etiologie chronické prostatitis byla navržena řada hypotéz. Někdo tvrdí, že bolesti a následné symptomy podrážděného a ztíženého močení mohou být vyvolány obstrukcí dolních cest močových v souvislosti s problémy hrdla močového měchýře, špatnou funkcí svěrače detruzoru, zúžením močové trubice či poruchou močení ve smyslu obstrukce [9,10,11]. Jiní popsali, že reflux moči do ductus deferens uvnitř prostaty byl způsoben vysokým tlakem, turbulentním močením v kombinaci s anatomickou abnormalitou (obr.1) [12,13].

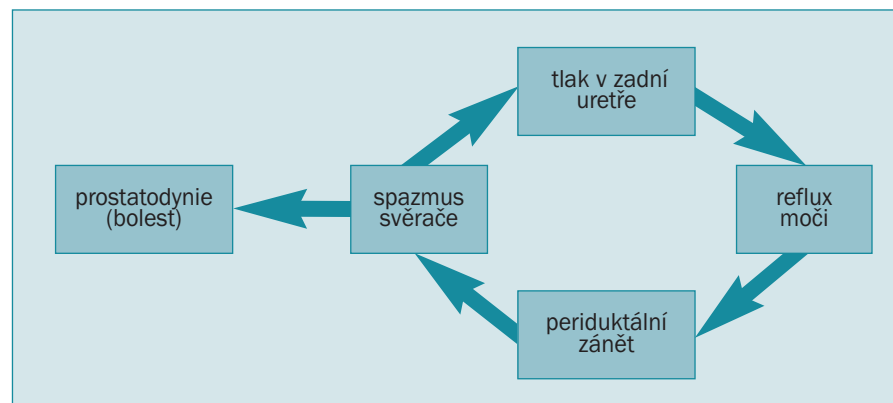
Mikrobiologická etiologie je považována za rozumný předpoklad. U některých kmenů dolních cest močových, kteří byli považováni za neškodné, bude možná zjištěno, že jsou patogeničtí. Citlivější izolační metody možná odhalí zatím nezachycené původce infekcí [7].

Někteří autoři označují za původce nebakteriální prostatitis imunologické procesy, precipitaci nerozpoznaným antigenem či autoimunitní proces [14,15]. Reflux moči do vývodu ductus deferens prostaty by mohl stimulovat sterilní zánětlivou odpověď [13].

Také nervosvalová etiologie našla názorovou podporu [16,17]. Tyto symptomy mohou představovat typ reflexivní sympatické dystrofie perinea a pánevního dna.

Diagnóza

Navzdory tomu, co naznačuje termín, je chronická prostatitis symptomatickou diagnózou. Může být diagnostikována na základě 3měsíčního trvání genitourinár-



Obr. 1. Samospouštěcí sekvence s výsledným bolestivým syndromem.

Tab. 3. Dotazník NIH.

DOTAZNÍK NIH - CHRONIC SYMPTOM INDEX (NIH - CPSI)

BOLEST nebo NEPŘÍJEMNÉ POCITY

1. Měl jste v posledním týdnu bolesti nebo nepříjemné pocity v těchto oblastech?

	ANO	NE
a) oblast mezi konečníkem a varlaty (hráz)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
b) varlata	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
c) špička penisu	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
d) podbřišek, oblast močového měchýře	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

2. Pociťoval jste v posledním týdnu:

	ANO	NE
a) bolesti nebo pálení při močení?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
b) bolesti nebo nepříjemné pocity při nebo po ejakulaci?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

3. Jak často jste pociťoval bolesti nebo nepříjemný pocit v oblastech uvedených v otázce č. 1?

<input type="checkbox"/> 0 nikdy	<input type="checkbox"/> 3 často
<input type="checkbox"/> 1 výjimečně	<input type="checkbox"/> 4 obvykle
<input type="checkbox"/> 2 někdy	<input type="checkbox"/> 5 vždy

4. Které číslo nejlépe vystihuje vaši PRŮMĚRNOU bolest nebo nepříjemné pocity, které jste měl během posledního týdne?

bez bolesti 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 nepředstavitelná bolest

MOČENÍ

5. Jak často jste během posledního týdne měl po vymočení pocit nevyprázdněného měchýře?

<input type="checkbox"/> 0 vůbec ne	<input type="checkbox"/> 3 v polovině případů
<input type="checkbox"/> 1 méně než jednou z 5 případů	<input type="checkbox"/> 4 více než v polovině případů
<input type="checkbox"/> 2 méně než v polovině případů	<input type="checkbox"/> 5 téměř vždy

6. Jak často jste měl během posledního týdne potřebu močení dříve než za 2 hodiny od posledního vymočení?

<input type="checkbox"/> 0 vůbec ne	<input type="checkbox"/> 3 v polovině případů
<input type="checkbox"/> 1 méně než jednou z 5 případů	<input type="checkbox"/> 4 více než v polovině případů
<input type="checkbox"/> 2 méně než v polovině případů	<input type="checkbox"/> 5 téměř vždy

DOPAD PŘÍZNAKŮ

7. Do jaké míry vám výše uvedené příznaky znemožňují vykonávat činnosti, které běžně děláte?

<input type="checkbox"/> 0 vůbec ne	<input type="checkbox"/> 2 někdy
<input type="checkbox"/> 1 jen málo	<input type="checkbox"/> 3 stále

8. Jak často jste přemýšlel o svých obtížích během posledního týdne?

<input type="checkbox"/> 0 vůbec ne	<input type="checkbox"/> 2 někdy
<input type="checkbox"/> 1 jen málo	<input type="checkbox"/> 3 stále

KVALITA ŽIVOTA

9. Kdybyste měl trávit zbytek života s příznaky, které jste měl během posledního týdne, jak byste se cítil?

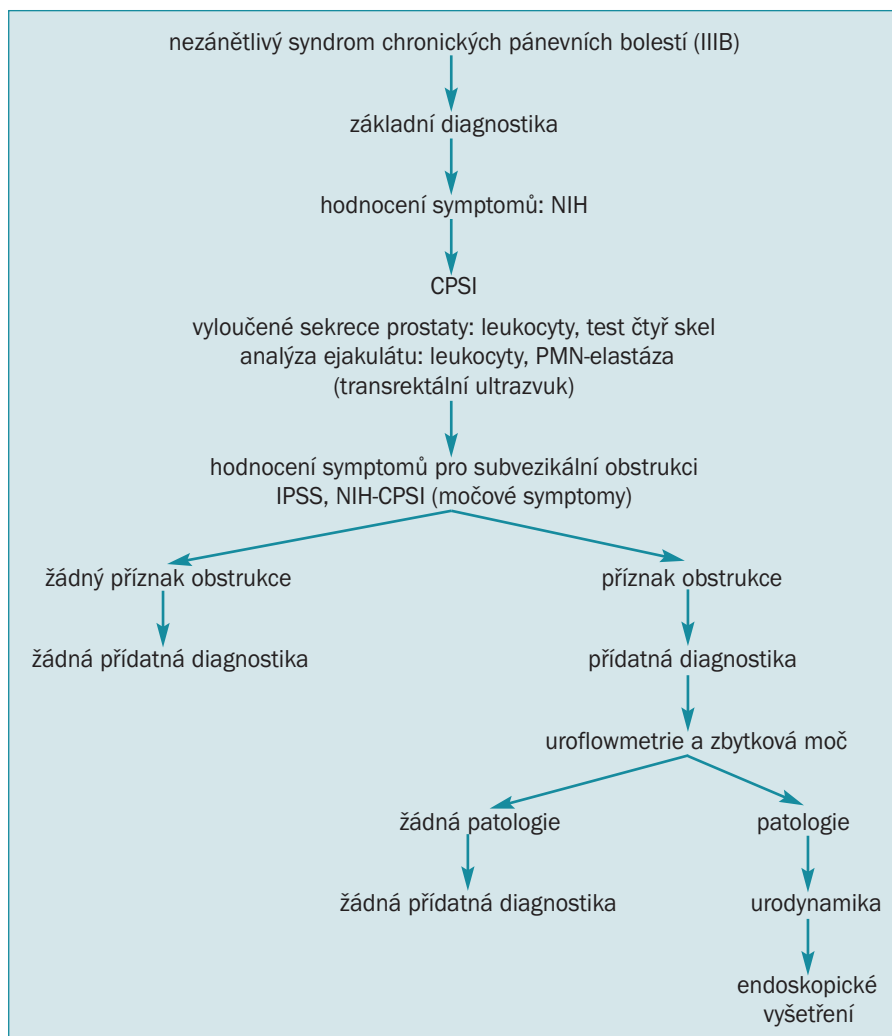
<input type="checkbox"/> 0 výborně	<input type="checkbox"/> 4 spíše nespokojeně
<input type="checkbox"/> 1 spokojeně	<input type="checkbox"/> 5 nešťastně
<input type="checkbox"/> 2 většinou spokojeně	<input type="checkbox"/> 6 strašně
<input type="checkbox"/> 3 smíšeně - spokojeně i nespokojeně	

Vyhodnocení domén dotazníku NIH - Chronic Prostatitis Symptom Index

Bolest: součet položek 1a, 1b, 1c, 1d, 2a, 2b, 3 a 4 =

Mikční symptomy: součet položek 5 a 6 =

Dopad na kvalitu života: součet položek 7, 8 a 9 =



Obr. 2. Diagnostika chronické prostatitis.

ních bolestí a absence dalších patologií dolních cest močových popsanych výše. Určení závažnosti této choroby, jejího průběhu a odpovědi na léčbu lze provést pouze pomocí ověřeného postupu hodnocení symptomů [18,19]. Kromě toho může být užitečné zhodnocení kvality života. Bylo zjištěno, že chronická prostatitis zasahuje do kvality života podobně jako akutní infarkt myokardu, nestabilní angina pectoris nebo Crohnova choroba [20,21]. Spolehlivými a platnými indexy symptomů a kvality života jsou Index symptomů prostatitis NIH (CPSI, tab. 3) a Mezinárodní hodnocení prostatických symptomů (IPSS) [22].

Urodynamické studie ukazují u chronické prostatitis sníženou rychlost průtoku moči, neúplné uvolnění hrdla močového měchýře a prostatické močové trubice a také abnormálně vysoký tlak uzavírání močové trubice v klidovém stavu. Uvolnění vnějšího svěrače močové trubice při

močení je normální [23]. Laboratorní diagnostika je založena na testu čtyř skel pro lokalizaci bakterií (zlatý standard). Tento test je však příliš složitý, a proto ho nemůže využívat většina praktických urologů [7]. Mikroskopické nálezy vyloučených sekretů prostaty vykazují množství leukocytů a makrofágů obalených lipidy. Mikroskopii či kultivací však nebyl odhalen žádný organismus a vzorek měchýře je sterilní. Účinnost diagnostiky lze úspěšně zvýšit jednoduchou testovací procedurou (test dvou skel) [24].

Příznaky spojené s chronickou prostatitis najdeme v tab. 3. Přehled diagnostického hodnocení chronické prostatitis je uveden na obr. 1.

Léčba

Příčina chronické prostatitis (syndrom kategorie IIIB) není známa, takže příčinná léčba představuje problém a mnoho léčebných postupů je založeno pouze na

empirii. Vyléčení je často nereálným cílem, takže jedinou cestou ke zlepšení kvality života je zmírnění symptomů [25].

Přehled literatury ukazuje, že symptomy zlepšují alfablokátory, svalové relaxanty a různé fyzikální terapie [25].

Uvádí se, že svalové relaxanty (diazepam, baklofen) pomáhají tehdy, je-li špatná funkce svěrače nebo dochází-li ke křečím svalů pánevního dna/perinea. K potvrzení této teorie nebyly však provedeny žádné prospektivní klinické testy.

Omezené studie s alfablokátory ukazují, že klinické zlepšení je patrné u 48–80 % případů [26,27]. Zlepšený výkon močení blokováním receptorů alfa v hrdle močového měchýře a prostatě může zmírnit některé ze symptomů.

Uvádí se, že tyto symptomy zlepšuje také podpůrná léčba jako tzv. biofeedback, relaxační cvičení, změna životního stylu (tj. diety, přerušovaná jízda na kole), akupunktura, masážní léčba, chiropraktická léčba či meditace [7,25].

U některých pacientů bylo pozorováno zlepšení při antimikrobiální léčbě [3], doporučuje se proto pokusná léčba antibiotiky [28,34]. Pacienti, kteří reagují na antibiotika, by měli být léčeni 4–6 týdnů, nebo dokonce i déle. Pokud po ukončení léčby dojde k recidivě, měla by být znovu zavedena antimikrobiální léčba nízkými dávkami a mělo by se v ní pokračovat, dokud je účinná. Dlouhodobé výsledky s trimetoprim-sulfametoxazolem byly slabé [28]. Výsledky léčby chinolonem, včetně norfloxacinu, ciprofloxacinu a ofloxacinu jsou zřejmě nadějnější [29,30,31].

U většiny pacientů s prostatitis se podávají analgetika, ale údaje o jejich dlouhodobé účinnosti jsou omezené [25].

U některých pacientů může léčba nesteroidními protizánětlivými léky vést k příznivým účinkům. Imunitní modulace pomocí inhibitorů cytokinů či jiné postupy mohou být prospěšné. Před doporučením takové léčby je však třeba provést odpovídající testy [32].

Některé omezené pilotní studie s inhibitory 5alfa-reduktázy nasvědčují tomu, že finasterid by mohl příznivě ovlivňovat močení a bolesti [33,34].

Anticholinergní látky jsou prospěšné při snižování dráždivých symptomů při močení a napomáhají normální sexuální aktivitě [35].

Byly popsány pozitivní účinky fytotherapie [36] a pentosanpolysulfátu (PPS). Tyto možnosti léčby je třeba však prozkoumat v prospektivních studiích, než je bude možno doporučit.

Uvádí se, že léčba teplem, jako např. transrektální hypertermie [37] a transuretrální termoterapie vyvolává u některých pacientů příznivé účinky [38].

Chirurgické zákroky jako např. transuretrální incize hrdla močového měchýře [10], radikální transuretrální resekce prostaty [39] či zejména radikální prostatektomie hrají velmi omezenou roli a vyžadují další specifické indikace [25].

V poslední době se zaznamenávají dobré výsledky obříkem oblasti nervus pudendalis v oblasti Alcockova kanálu, v níž se předpokládá, že dochází k útisku průchodu tohoto nervu, a tím k neuralgickým projevům v oblasti jeho inervace - oblasti perinea, konečníku, skrota, penisu, u ženy labia majora a klitoris [40] (obr. 4).

Literatura

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. 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.

2. Merskey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain. Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. Seattle: IASP Press 2002.

3. Krieger JN, Nyberg L jr, Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis. *JAMA* 1999; 282: 236-237.

4. de la Rosette JJ, Hubregtse MR, Meuleman EJ, Stolk-Engelaar MV, Debruyne FM. Diagnosis and treatment of 409 patients with prostatitis syndromes. *Urology* 1993; 41: 301-307.

5. Meares EM jr. Prostatitis. *Med Clin North Am* 1991; 75: 405-424.

6. Brunner H, Weidner W, Schiefer HG. Studies on the role of Ureaplasma urealyticum and Mycoplasma hominis in prostatitis. *J Infect Dis* 1983; 147: 807-813.

7. Nickel JC, Weidner W. Chronic prostatitis: Current Concepts and antimicrobial therapy. *Infect Urol* 2000; 13: 22.

8. Nickel JC. Prostatitis: myths and realities. *Urology* 1998; 51: 362-366.

9. Barbalias GA, Meares EM jr, Sant GR. Prostatodynia: clinical and urodynamic characteristics. *J Urol* 1983; 130: 514-517.

10. Kaplan SA, Te AE, Jacobs BZ. Urodynamic evidence of vesical neck obstruction in men with misdiagnosed chronic nonbacterial prostatitis and the therapeutic role of endoscopic incision of the bladder neck. *J Urol* 1994; 152: 2063-2065.

11. Murnaghan GF, Millard RJ. Urodynamic evaluation of bladder neck obstruction in chronic prostatitis. *Br J Urol* 1984; 56: 713-716.

12. Blacklock NJ. Anatomical factors in prostatitis. *Br J Urol* 1974; 46: 47-54.

13. Kirby RS, Lowe D, Bultitude MI, Shuttleworth KE. Intra-prostatic urinary reflux: an aetiological factor in abacterial prostatitis. *Br J Urol* 1982; 54: 729-731.

14. Doble A, Walker MM, Harris JR, Taylor-Robinson D, Witherow RO. Intraprostatic antibody deposition in chronic abacterial prostatitis. *Br J Urol* 1990; 65: 598-605.

15. Shortliffe LM, Wehner N. The characterization of bacterial and nonbacterial prostatitis by prostatic immunoglobulins. *Baltimore: Medicine* 1986; 65: 399-414.

16. Andersen JT. Treatment of prostatodynia. In: Nickel JC (ed). *Textbook of Prostatitis*. London: ISIS 1999.

17. Egan KJ, Krieger JL. Chronic abacterial prostatitis - a urological chronic pain syndrome? *Pain* 1997; 69(3): 213-218.

18. Barry MJ, Fowler FJ jr, O'Leary MP, Bruskewitz RC, Holtgrewe HL, Mebust WK, Cockett AT. The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. The Measurement Committee of the American Urological Association. *J Urol* 1992; 148: 1549-1557; discussion 1564.

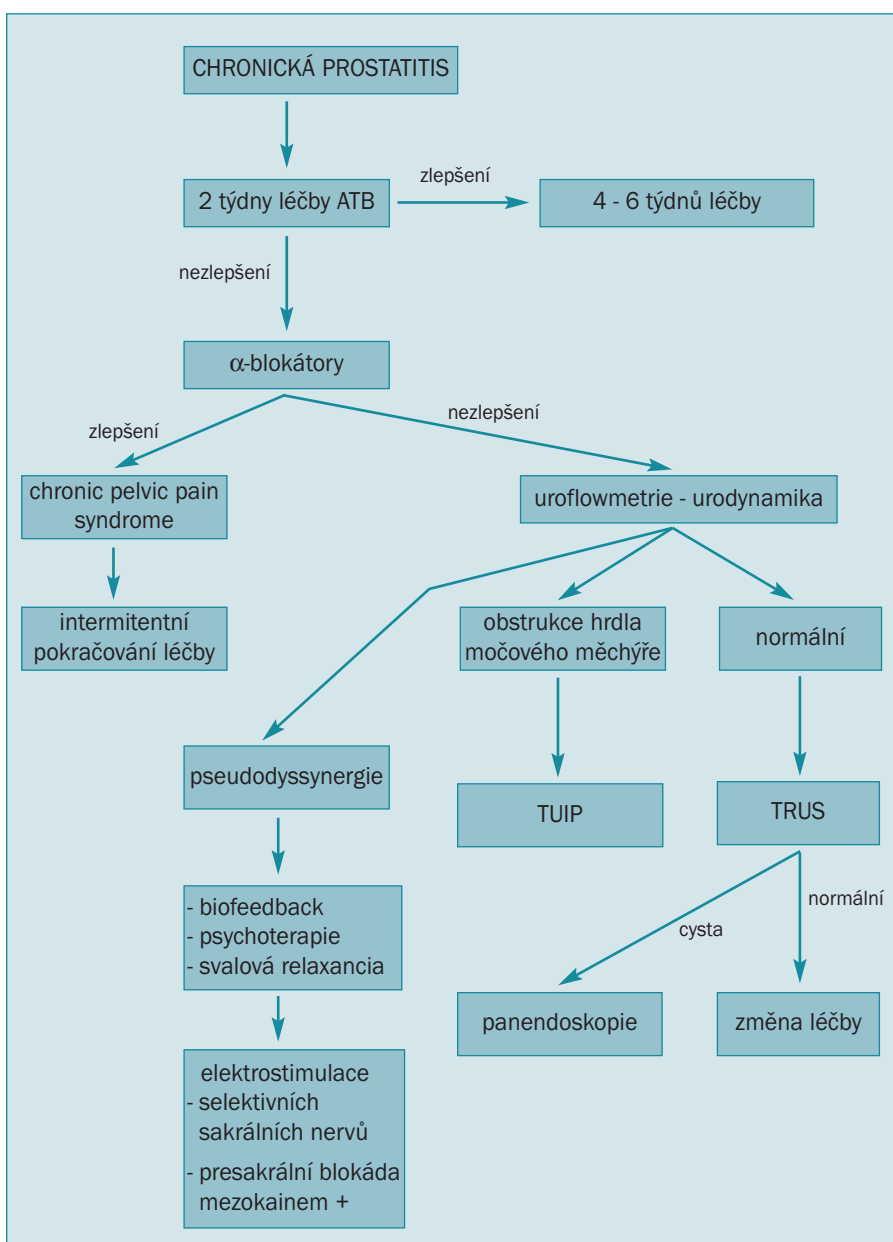
19. Nickel JC. Effective office management of chronic prostatitis. *Urol Clin North Am* 1998; 25: 677-684.

20. Wenninger K, Heiman JR, Rothman I, Berghuis JP, Berger RE. Sickness impact of chronic nonbacterial prostatitis and its correlates. *J Urol* 1996; 155: 965-968.

21. Mc Naughton-Collins M, O'Leary MP, Litwin MS. Quality of life is impaired in men with chronic prostatitis results from the NIH Cohort study (abstract). *J Urol* 2000; 163 (Suppl): 23.

22. Mebust WK, Bosch R, Donovan J, Okada K, O'Leary MA, Villers A, Ackermann R, Batista JE, Boyle P, Denis L, Leplege A, Sagnier P. Symptom evaluation, quality of life and sexuality. In: Cockett ATK, Khoury S, Aso Y, Chatelain C, Denis L, Griffiths K, Murphy G (eds). *Proceedings, The 2nd consultation on benign prostatic hyperplasia (BPH)*. Paris: Scientific Communication International 1993: 129.

23. Meares EMJ, Minich W. Prostatodynia: clinical findings and rationale for treatment. In: Weidner W, Brunner H, Krause W, Rothauge CJ (eds). *Therapy of Prostatitis*. Munchen: Zuckschwerdt Verlag 1986: 207.



Obr. 3. Algoritmus pro vyšetření a léčbu pacientů s chronickou prostatitis.

24. Nickel JC. The Pre and Post Massage Test (PPMT): a simple screen for prostatitis. *Tech Urol* 1997; 3: 38-43.
25. Nickel JC. Prostatitis: evolving management strategies. *Urol Clin North Am* 1999; 26: 737-751.
26. Rosette de la JJ, Karthaus HF, van Kerrebroeck PE, Boo de T, Debruyne FM. Research in 'prostatitis syndromes': the use of alfuzosin (a new alpha 1-receptor blocking agent) in patients mainly presenting with micturition complaints of an irritative nature and confirmed urodynamic abnormalities. *Eur Urol* 1992; 22: 222-227.
27. Neal DE jr, Moon TD. Use of terazosin in prostatodynia and validation of a symptom score questionnaire. *Urology* 1994; 43: 460-465.
28. Drach GW. Trimethoprim sulfamethoxazole therapy of chronic bacterial prostatitis. *J Urol* 1974; 111: 637-639.
29. Meares EM. Long-term therapy of chronic bacterial prostatitis with trimethoprim- sulfamethoxazole. *Can Med Assoc J* 1975; 112: 22-25.
30. Schaeffer AJ, Darras FS. The efficacy of norfloxacin in the treatment of chronic bacterial prostatitis refractory to trimethoprim-sulfamethoxazole and/or carbenicillin. *J Urol* 1990; 144: 690-693.
31. Childs SJ. Ciprofloxacin in treatment of chronic bacterial prostatitis. *Urology* 1990; 35: 15-18.
32. Canale D, Scaricabarozzi I, Giorgi P, Turchi P, Ducci M, Menchini-Fabris GF. Use of a novel non-steroidal anti-inflammatory drug, nimesulide, in the treatment of abacterial prostatovesiculitis. *Andrologia* 1993; 25: 163-166.
33. Golio G. The use of finasteride in the treatment to chronic nonbacterial prostatitis. Abstracts of the 49th Annual Meeting of the Northeastern Section of the American Urological Association, Phoenix, AZ: 1997; 128.
34. Holm M, Meyhoff HH. Chronic prostatic pain. A new treatment option with finasteride? *Scand J Urol Nephrol* 1997; 31: 213-215.
35. Meares EJ. Prostatitis and related disorders. In: Walsh PC, Retik AB, Stamey TA, Vaughan EDJ (eds). *Campbell's Urology*. Philadelphia: WW Saunders 1992: 807.
36. Buck AC, Rees RW, Ebeling L. Treatment of chronic prostatitis and prostatodynia with pollen extract. *Br J Urol* 1989; 64: 496-499.
37. Kamihira O, Sahashi M, Yamada S, Ono Y, Ohshima S. Transrectal hyperthermia for chronic prostatitis. *Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi* 1993; 84: 1095-1098.
38. Choi NG, Soh SH, Yoon TH, Song MH. Clinical experience with transurethral microwave thermotherapy for chronic nonbacterial prostatitis and prostatodynia. *J Endourol* 1994; 8: 61-64.
39. Barnes RW, Hadley HL, O'Donoghue EP. Transurethral resection of the prostate for chronic bacterial prostatitis. *Prostate* 1982; 3: 215-219.
40. Robert R, Labat JJ, Bensignor M, Glemain P, Deschamps C, Raoul S, Hamel O. Decompression and transposition of the pudendal nerve in pudendal neuralgia: A randomized controlled trial and long-term evaluation *European Urology* 2005; 47: 403-408.

doc. MUDr. Michael Urban
MUDr. Jiří Heráček

Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Androgeos - soukromé urologické
a andrologické centrum,
Centrum pro léčbu
chronické pánevní bolesti