

Journal für

Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

Prostatitis - eine endlose

Geschichte?

Riedl CR

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2001; 8 (6) (Ausgabe

für Österreich), 13-14

Homepage:

www.kup.at/urologie

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

PROSTATITIS – EINE ENDLOSE GESCHICHTE?

Aktuelle epidemiologische Daten aus den USA zeigen, daß der urogenitale Symptomenkomplex, der langläufig als „Prostatitis“ bezeichnet wird, ein nicht unbeträchtliches volksgesundheitliches und volkswirtschaftliches Problem darstellt: dieses Krankheitsbild ist jährlich für 2 Millionen Arztbesuche und für 8 % aller urologischen Konsultationen in den USA verantwortlich. Umgekehrt sieht jeder Urologe im Jahr zwischen 150 und 250 Patienten mit „Prostatitis“.

Stamey hat bereits 1980 festgestellt, daß fast die Hälfte aller Männer zumindest einmal im Leben unter einer „Prostatitis“-Symptomatik leiden. Ganz aktuell hat Nickel [1] in eigenen Untersuchungen eine Prävalenz der chronischen Prostatitis von ca. 10 % gefunden. Dieses Krankheitsbild bewirkt eine deutliche Verschlechterung der Lebensqualität (laut Symptomscore entsprechend einem Z. n. Myokardinfarkt bzw. einem Mb. Crohn [2]), d. h. betroffene Patienten stehen unter erheblichem Leidensdruck und geben diesen auch an den behandelnden Arzt weiter.

Eine bakterielle Prostatitis (akut oder chronisch) mit einem nachweisbaren Keim liegt nur in ca. 10 % aller Prostatitisfälle vor [3]. Dementsprechend wird eine antibiotische Therapie nur in einem kleinen Teil der Prostatitispatienten zu einer Heilung führen. Das neue Klassifikationssystem der NIH für die Prostatitis richtet sich auch nach dieser Tatsache und unterscheidet 5 Kategorien:

- I Akute bakterielle Prostatitis
- II Chronisch-bakterielle Prostatitis
- III Chronisch abakterielle Prostatitis

- IIIa Entzündliches chronisches Schmerzsyndrom des Beckens (Leukozyten im Prostatasekret)
- IIIb Nicht-entzündliches chronisches Schmerzsyndrom
- IV Asymptomatische Prostatitis (Zufallsbefund im Prostatabiopsat)

I. AKUTE BAKTERIELLE PROSTATITIS

Die akute Prostatitis ist eine schwere Allgemeinerkrankung mit hohem Fieber, einer schweren Dysurie mit obstruktiven Miktionsbeschwerden bis zur Harnverhaltung und erhöhten Entzündungsparametern sowie erhöhtem PSA. Die Diagnostik sollte unbedingt eine transrektale Sonographie beinhalten, um einen Prostataabszeß auszuschließen. Therapeutisch wichtig ist eine suprapubische Zystostomie zur Harnableitung, die antibiotische Therapie muß vor Eintreffen der Kulturergebnisse begonnen werden und wird in erster Linie mit hochdosierten Fluoroquinolonen bzw. mit Breitspektrumpenicillinen mit β -Laktamase-Hemmern durchgeführt.

II. CHRONISCH-BAKTERIELLE PROSTATITIS

Die Behandlung der chronischen bakteriellen Prostatitis erfolgt entsprechend dem kulturellen Erregernachweis entweder im Prostataexpressat (4-Gläserprobe nach Von Lackum) oder im Ejakulat, wobei Kulturmethoden auch für STD-Erreger wie Chlamydien,

Mykoplasmen und Ureaplasmen kompetent sein sollen. Da man annimmt, daß Bakterien bei chronischer Prostatitis in Biofilmen bzw. im entzündlichen Detritus innerhalb der Prostatadrüsen eine erhöhte antibiotische Resistenz zeigen, ist einerseits die Wahl des Antibiotikums (lipidlöslich, wirksam auch im infizierten alkalischen Prostatasekret), andererseits eine genügend lange Therapiedauer (bis zu 3 Monaten) wichtig.

III. CHRONISCH-ABAKTERIELLE PROSTATITIS

Dieses Krankheitsbild stellt eine immerwährende Herausforderung an den Urologen dar. Eine Vielzahl von möglichen Ursachen wurde in den letzten Jahrzehnten als Ursache für die chronische abakterielle Prostatitis vermutet: schwer oder nicht kultivierbare Keime, eine infravesikale Obstruktion mit intraprostatischem Reflux, eine sekretorische Dysfunktion oder auch eine Autoimmunerkrankung. Bezeichnenderweise hat eine Metaanalyse von McNaughton-Collins [4] lediglich ergeben, daß heute für dieses Krankheitsbild weder diagnostisch noch therapeutisch ein „Gold Standard“ existiert. Alle publizierten diagnostischen Verfahren haben nur eine geringe methodische Qualität, kontrollierte Studien bezüglich Behandlungsmethoden leiden an geringen Patientenzahlen und methodischen Schwächen.

Zwei Publikationen aus den letzten Jahren werfen allerdings ein neues Bild auf die sogenannte „Chronische Prostatitis“: Berger

Prim. Dr. med. Claus R. Riedl

Geboren 1960 in Karlsruhe. Medizinstudium von 1978 bis 1983 an der Universität Wien. Turnus- und Facharztausbildung am Krankenhaus Baden 1983–1992. 1987 ius practicandi. 1992 Facharzt für Urologie. Von 1993 bis 2001 Oberarzt an der Urologischen Abteilung des KH Lainz (Univ.-Prof. Dr. Heinz Pflüger). 1993 Fellowship am Baylor College of Medicine / Scott Department of Urology im Texas Medical Center in Houston, USA, bei Dr. Donald P. Griffith (Laparoskopie). 1995 Studienaufenthalt an der Duke University in Durham, North Carolina, USA, bei Prof. David F. Paulson.

Seit 1994 zahlreiche internationale Publikationen und Vorträge zu den Themen: Intravesikale Iontophorese zur Behandlung von Blasen-erkrankungen, Laparoskopische Operationen in der Urologie, Therapie der Induratio penis plastica, Photodiagnostik von Blasentumoren mit 5-Amino-Lävulinsäure, Photodynamische Therapie von Blasentumoren, Bakterielle Kolonisation von Harnleiterstents, Interstitielle Zystitis.

Seit 1995 Corresponding Member der American Urological Association. 1998 Billroth-Preis der Ärztekammer für Wien. Seit 1999 Member der European Urological Association. Oktober 2000 Ansuchen um Verleihung der Venia docendi /Habilitation an der Universität Wien.

Seit Juli 2001 Vorstand der Urologischen Abteilung am Krankenhaus Baden.

Korrespondenzadresse:

Prim. Dr. Claus R. Riedl
A.ö. KH Baden, Urologische Abteilung
A-2500 Baden, Wimmergasse 19
e-mail: riedlc@compuserve.com



beschrieb petechiale Schleimhautblutungen nach cystoskopischer Blasendistension bei 58 % der Patienten mit chronischer Prostatitis, ein Befund der für ein anderes Krankheitsbild pathognomonisch ist: die „Interstitielle Zystitis“ [5]. True konnte zeigen, daß nur bei 5 % der Patienten mit chronischer Prostatitis auch Entzündungszeichen bei der histologischen Untersuchung von Prostatabiopsaten nachweisbar waren [6]. Insgesamt mehren sich die Hinweise, daß der Symptomenkomplex aus Unterbauchschmerzen, perinealem Ziehen, Dysurie, urethralem Brennen, Pollakisurie/Nykturie und erektiler Dysfunk-

tion nicht die Prostata als Ursprungsorgan hat, sondern (wie bei ähnlichem Beschwerdebild bei Frauen inzwischen immer öfter diagnostiziert) als Interstitielle Zystitis interpretiert werden muß.

Eine umfassende Darstellung von Pathogenese, Diagnostik und Therapie der Interstitiellen Zystitis würde den Rahmen dieses Beitrages sprengen. Kurz zusammengefaßt handelt es sich bei dieser Erkrankung um eine Störung der urothelialen Permeabilität mit einem erhöhten Einstrom von Harnbestandteilen (hauptsächlich Kalium-Ionen, die im Harn angereichert sind) in die suburothelia-

len Blasenwandschichten. Dieser Kaliumeinstrom kann normalerweise von physiologischen Gegenmechanismen kompensiert werden, die aber bei der interstitiellen Zystitis überfordert sind und zunächst zu einem erhöhten, medikamentös (Spasmolytika!) **nicht** zu beeinflussenden Harnrang führen, bei jahrelangem Verlauf zu einem chronischen Schmerzsyndrom des Beckens (pelvic pain syndrome).

Diagnostisch läßt sich die erhöhte urotheliale Permeabilität mit dem modifizierten Kaliumchloridtest nach Hohlbrugger [7] nachweisen. Therapeutisch führt in Frühstadien eine GAG-Layer-Substitution (mit Hyaluronsäure oder Pentosanpolysulfat) zu einer Remission der Beschwerden, in Spätstadien bleibt zumeist nur mehr die analgetische Palliation.

Die Kenntnis dieser Zusammenhänge soll die Reflexdiagnose „Chronische Prostatitis“ bei den oben angegebenen Symptomen verhindern und durch eine adäquate Diagnostik und Therapie die endlose Geschichte der Prostatitis in vielen Fällen doch zu einem guten Ende führen.

Literatur:

1. Nickel et al. J Urol 2001; 165: 842–5.
2. Wenninger K, Heiman JR, Rothman I, Berghuis JP, Berger RE. Sickness impact of chronic nonbacterial prostatitis and its correlates. J Urol 1996; 155: 965–8.
3. 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: 301–7.
4. McNaught-Collins. Ann Int Med 2000
5. Berger. J Urol 1998; 159: 83–5.
6. True. J Urol 1999; 162: 2014–8.
7. Daha et al. J Urol 2001; 165 (suppl).

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)