

Prostatite, epididimite bilaterale ed ematoma popliteo dopo biopsie prostatiche

Anamnesi fisiologica

Paziente maschio di 77 anni, bianco, nato a Trento, vedovo, pensionato, normali abitudini alimentari, fumatore (10 sigarette/die), peso 70 kg, altezza 177 cm.

Anamnesi patologica remota

Operato per ernia discale 15 anni fa. Modici disturbi minzionali ostruttivi da 2 anni, in terapia con alfuzosina cloridrato 10 mg.

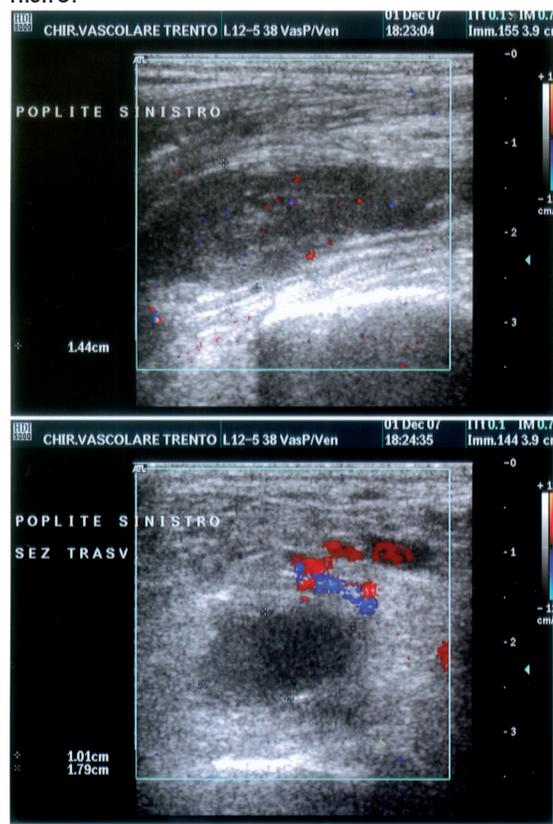
Anamnesi patologica prossima

Il giorno 31 ottobre 2007 per PSA 7,7 il paziente eseguì biopsie prostatiche senza profilassi antibiotica. La diagnosi istologica fu: iperplasia fibroliomiomatosa con aree di flogosi cronica aspecifica a sinistra. Dopo 8 giorni comparve febbre settica con progressiva tumefazione e dolore al ginocchio sinistro, senza anamnesi di trauma. Il giorno 11 novembre fu consigliata ciprofloxacina 500 mg 2 cp/die, per 15 giorni, e netilmicina 150 mg 1 fl im/die per 7 giorni. Il giorno 29 novembre il paziente viene ricoverato per astenia marcata, febbre, disuria, pollachiuria, epididimite bilaterale, dolore e tumefazione al ginocchio sinistro. L'esplorazione rettale ha evidenziato prostata con zona molle e dolorabile a sinistra. Al momento del ricovero fu somministrata la seguente terapia: imipenem 500 mg ev ogni 8 ore dal 29 novembre al 6 dicembre, seguito da levoxacina cp 500 mg/die fino all'11 dicembre e paracetamolo ev nei primi giorni, trattamento antitrombotico con calciparina 04 e infusione di liquidi per idratare il pz e correggere il quadro elettrolitico. Lo stato generale migliorò velocemente e la febbre scomparve dopo due giorni di trattamento.

Al momento del ricovero gli esami ematici mostravano leucocitosi (12.900), lieve anemia con emoglobina 10,5, ematocrito 31,4, VES 85, creatinina 2, potassio 5,6; mentre all'ecografia sovrapubica furono piccole calcificazioni e un modesto aumento del volume della ghiandola.

La radiografia del ginocchio evidenziò solo modeste alterazioni gonaartrosiche e calcificazioni parietali arteriose. L'angiologo, a seguito dell'ecodoppler, diagnosticò ematoma di 6x1,7x1 cm nel contesto del soleo prossimale, in regione poplitea sinistra. In data 11 dicembre il paziente, con sintomatologia risolta, parametri ematochimici nella norma, l'ematoma del ginocchio riassorbito, fu quindi dimesso.

Figura 1. Ecodoppler: ematoma cavo popliteo sinistro.



✉ **Alessandro Reich**
Via Venezia, 2
38100 Trento

Discussione

Il rischio d'infezione nell'esecuzione delle biopsie prostatiche appare più basso nell'accesso transperineale ed è certamente trascurabile nell'accesso trans-rettale quando viene praticata la profilassi antimicrobica. Stabilire quale sia l'antibiotico più appropriato per la profilassi e quali le modalità di somministrazione più idonee risulta invece estremamente problematico, vista la grande varietà di regimi antimicrobici utilizzati nelle varie casistiche. I farmaci più riportati in letteratura sono i chinolonici ed il cCotrimossazolo; non appare indicato l'uso di antibiotici contro gli anaerobi. Al contrario, quasi tutti raccomandano che la profilassi venga iniziata adeguatamente prima della biopsia prostatica. Non è chiara invece l'eventuale correlazione tra biopsia prostatica, infezione ed ematoma popliteo. Come eziologia si può ipotizzare l'insorgenza di un'embolia settica che ha interessato un vaso popliteo. In questi casi l'embolia settica, così come in quella tumorale, particelle di batteri sono aggredite dai sistemi di difesa, che ne aumentano però le dimensioni, rendendo possibile l'ostruzione di un vaso. Generalmente in letteratura sono riportate due tipi di Tromboembolia settica superficiale (*TFS settica*),

quella iatrogena e infettiva, principalmente da sifilide e psittacosi. Il quadro clinico più comune di tromboembolia settica si osserva nel paziente con endocardite destra ed infezione persistente.

Comunque le cause della tromboembolia settica superficiale possono essere dovute a diversi agenti patogeni: Stafilococco aureo (65-78%) Enterobatteri, specie Klebsiella più microrganismi associati (14%) Candida, Cytomegalovirus nei soggetti con AIDS.

Oltre che febbre, localmente si nota una tumefazione, come nel soggetto da noi osservato che presentava un ematoma del cavo popliteo. Per la terapia è consigliabile eseguire una emocoltura e, in attesa dei risultati, somministrare penicillina semisintetica a dose piena associata a un aminoglicoside. La durata della terapia è sempre condizionata dall'evoluzione clinica. In caso di infezione da *Candida albicans*, bisogna prevedere un breve ciclo di amfotericina B fino a una dose cumulativa di 200 mg circa. In caso di osteomielite accertata, la terapia antibiotica va protratta per almeno 6 settimane.

Il caso da noi segnalato è unico nel suo genere sia perché conseguente a infezione dopo biopsia prostatica e sia per la sede di localizzazione, il cavo popliteo appunto. **TiM**

Bibliografia

- Grawford ED, Haynes Jr. AL, Story MW, Borden TA. Prevention of urinary tract infection and sepsis following transrectal prostatic biopsy. J Urol 1982; 127:449-451.
- Gruppo Italiano per la Redazione delle Linee Guida per la Biopsia Prostatica. Premesse alla stesura delle linee guida sulla biopsia prostatica. Edizioni Internazionali srl - Divisione EDIMES - Pavia. 2005; 39-43.

CARNIDYN® PLUS

la carica al 101%



MODALITÀ D'USO

2 bustine/die per i primi **10 giorni**

1 bustina/die per i successivi **20 giorni**

FLEBINEC™
 INTEGRATORE ALIMENTARE
 a base di Diosmina, Troxerutina ed
 Esperidina in miscela micronizzata
 e di L-Carnitina

FLEBINEC™
 INTEGRATORE ALIMENTARE
 a base di Diosmina, Troxerutina ed
 Esperidina in miscela micronizzata
 e di L-Carnitina

FLEBINEC
 INTEGRATORE ALIMENTARE
 a base di Diosmina, Troxerutina ed
 Esperidina in miscela micronizzata
 e di L-Carnitina
 CON EDULCORANTE
 Buste da 4,0 g

14 buste da 4,0 g

Prodotto da:
 Fine Foods STM S.p.A. - Via Berlino, 36 - Zingonia (Bergamo)

Distribuito da:
BIOFUTURAPHARMA
 Via Pontina km 30,400 - Pomezia (Roma)

MICRONIZED PLEBOTROPIC TECHNOLOGY NEW

Duplice spinta **MIO-FLEBO**tonica