

Una fastidiosa sindrome prostatica

La prostatite é una infiammazione della prostata e può essere di diverso tipo e origine. Tradizionalmente il termine “prostatite” indica forme acute e croniche in cui si riesce a documentare quasi sempre una causa infettiva mentre nella chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS) non si riesce mai a dimostrare una chiara causa patogenetica. Riporto un caso di prostatite cronica giunto alla mia osservazione dopo due anni dalla sua insorgenza.

Anamnesi fisiologica

Paziente di 32 anni, nato a termine con parto eutocico, sviluppo psico-somatico regolare, sportivo, lavoro sedentario, non coniugato.

Anamnesi patologica remota

Comuni esantemi infantili. Nessuna patologia degna di nota sino a 10 anni addietro quando riferisce intervento chirurgico per detorsione testicolo sx e, nella stessa seduta, circoncisione e meatotomia uretrale esterna. Varicocele bilaterale di I grado diagnosticato recentemente.

Anamnesi patologica prossima

Da due anni pollachiuria, gocciolamento terminale, saltuario formicolio e dolore in zona perineale, bruciore durante l'eiaculazione e disuria, secreto uretrale, saltuari episodi di febbre serotina con brividi. L'esame urine ha evidenziato alcuni leucociti e cellule epiteliali B.V.U., qualche rara emazia, mentre l'urinocoltura e spermicoltura

sono risultati negativi. L'ecocolordoppler scrotale ha evidenziato varicocele bilaterale di I° e cisti epididimaria dx. L'ecografia vescico-prostatica s.p. e la cistouretrografia perminzionale sono risultate entrambe nella norma. Il paziente ha iniziato terapia antibiotica con fluorchinoloni associata a fitoterapia. Inoltre è stata consigliata una più corretta igiene alimentare con eliminazione di spezie, cibi piccanti e alcolici.

Discussione

Non è semplice stimare la prevalenza delle prostatiti. Nel 1991 negli USA su 13 milioni di visite urologiche nel 5.3% dei casi è stata posta una diagnosi di prostatite mentre in altri studi la prevalenza oscilla tra il 5 e l'11%. In seguito ad un primo episodio di prostatite, la probabilità di episodi successivi è elevata, oscillando tra il 20% e 50%, al crescere dell'età dei pazienti¹. In Europa, la prevalenza stimata delle CPPS è pari all'11%; in Italia raggiunge il 13.8%².

I National Institutes of Health così classificano le prostatiti:

- Categoria I (prostatite acuta batterica): Infezione acuta della ghiandola prostatica.
- Categoria II (prostatite cronica batterica): Infezione cronica e ricorrente, con sintomatologia dolorosa, associata a disturbi della minzione e disfunzioni della sfera sessuale.
- Categoria IIIA (CPPS infiammatoria): Stato infiammatorio per un minimo di tre mesi con elevato numero di leucociti nel secreto prostatico e/o urina e/o sperma dopo massaggio prostatico. Sintomatologia simile a quella della categoria II in assenza di una dimostrata infezione batterica.
- Categoria IIIB (CPPS non infiammatoria): come lo stato IIIA ma con basso numero di leucociti.
- Categoria IV (prostatite infiammatoria asintomatica): presenza di leucociti e/o batteri nel secreto prostatico, nell'urina e nello sperma dopo massaggio prostatico. Asintomatica.

L'iter diagnostico prevede delle *tappe obbligatorie* (storia clinica, esame fisico ed analisi delle urine

✉ **Sebastiano Bruschetta**
 U.F. di Urologia
 Casa di Cura Cristo Re
 Viale P. Umberto 89
 98100 Messina
 E-mail: bruschetta@hotmail.com

Figura 1. Pre-minzionale.

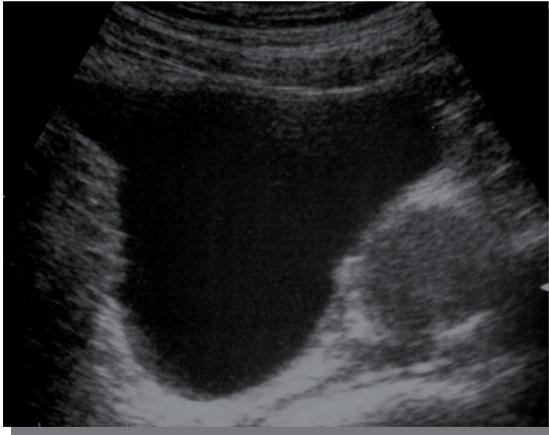


Figura 2. Post-minzionale.



con colturale), *tappe raccomandate* (test di localizzazione, spermio coltura, questionario sintomatologico, flussimetria, ecografia sovrapubica con valutazione del residuo post-minzionale) e *tappe complementari* (tampone uretrale, studio pressione-flusso, video-urodinamica compreso EMG, cistoscopia, TRUS, imaging pelvica CT-scan/MRI, PSA). Il trattamento delle CPPS prevede un approccio multimodale (lifestyle changes, terapia medica, esercizi muscolari³). La terapia medica comprende una serie di farmaci divisi in varie categorie: α -litici, inibitori dell' α 5-reduttasi, FANS, Steroidi, benzodiazepine, antidepressivi, anticonvulsivanti, anestetici locali, α 2 agonisti, miorellassanti, capsaicina per uso topico, fitoterapici⁴.

Secondo le linee guida EAU del 2006 i pazienti con CP/CPPS dovrebbero essere trattati con terapia antibiotica solo se sintomatici. In caso di esami colturali negativi è giustificato un ciclo di terapia antibiotica per 2 settimane a cui segue rivalutazione: se risposta positiva continuare il trattamento, se risposta negativa la successiva terapia

è solo sintomatica. Terapie antibiotiche per tempi lunghi sono da proscrivere. La terapia antibiotica negli anni è andata modificando passando dall'associazione TMP-SMX (30-40% guarigione o in alternativa eritromicina, minociclina, doxiciclina) negli anni '80 ai fluorchinoloni negli anni '90. Dati di letteratura indicano che le probabilità di successo (eradicazione completa dei patogeni infettanti) variano tra il 60 e il 95% nel caso della prostatite cronica batterica. Nel caso delle prostatiti acute, il trattamento medico ha solitamente un ottimo successo. Nel caso delle prostatiti di categoria III, le possibilità di successo sono più incerte, data la complessa natura delle sindromi dolorose pelviche croniche. Recentemente De Rose et al⁵, per questo tipo di prostatiti, hanno proposto l'utilizzo della mepartricina. La sua azione a livello prostatico sarebbe indiretta, interferendo sull'azione permissiva degli estrogeni, nei confronti del diidrotestosterone. Gli estrogeni verrebbero captati dalla mepartricina a livello enteroepatico. **TiM**

Bibliografia

1. Schaeffer AJ. Epidemiology and demographics of prostatitis. *Eur Urol* 2003; Suppl 2:5-10.
2. Riccardo Bartoletti, Tommaso Cai, Nicola Mondaini, et al; Italian Prostatitis Study Group. Prevalence, Incidence Estimation, Risk Factors and Characterization of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome in Urological Hospital Outpatients in Italy: Results of a Multicenter Case-Control Observational Study, 15 October 2007. *J Urol* 2007; 178:2411-2415.
3. Gianluca Giubilei, Nicola Mondaini, Andrea Minervini, et al. Physical Activity of Men With Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome Not Satisfied With Conventional Treatments-Could it Represent a Valid Option? The Physical Activity and Male Pelvic Pain Trial: A Double-Blind, Randomized Study. *J Urol* 2007; 177:159-165.
4. Shoskes DA, Manickam K. Herbal and complementary medicine in chronic prostatitis. *World J Urol* 2003; 21:109-113.
5. De Rose AF, Gallo F, Giglio M, et al. Role of mepartricin in category III chronic nonbacterial prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized prospective placebo-controlled trial. *Urology* 2004; 63:13-16.

