

Prostatitis

Klassifikation, Diagnostik und Behandlung

Die Prostatitis ist eine recht häufige Erkrankung. Studien zeigen, dass etwa 4 bis 6 Prozent der Männer davon betroffen sind, bei gleichzeitig bestehender benigner Prostatahyperplasie (BPH) ist die Zahl deutlich höher. Eine bei Medscape erschienene Übersicht von J. Curtis Nickel skizziert den aktuellen Wissensstand über diese etwas vernachlässigte Männerkrankheit.

MEDSCAPE

Die Prostatitis ist eine durchaus ernst zu nehmende Erkrankung. Mit Abstand am häufigsten ist dabei die nichtbakterielle chronische Verlaufsform. Die Lebensqualität dieser Patienten ist, wie Curtis hervorhebt, nicht weniger beeinträchtigt als bei anderen chronischen Erkrankungen wie M. Crohn, Diabetes oder Angina pectoris. Da die Prostatitis in der Regel bei Männern zwischen dem 30. und 60. Lebensjahr auftritt, ist auch die sozioökonomische Bedeutung nicht unbeträchtlich.

Die Klassifikation und Symptomatik

Die früher übliche Einteilung in akut bakteriell, chronisch bakteriell, nichtbakteriell und Prostatodynie hat man seit einigen Jahren verlassen. Unter der Schirmherrschaft der NIH haben Experten eine neue Einteilung erarbeitet, die sich inzwischen durchgesetzt hat. Demnach wird die Prostatitis in 4 Kategorien unterteilt:

Die akute bakterielle Prostatitis (Kategorie I)

ist definiert als akute Infektion der Vorsteherdrüse. Zumeist ist die ganze Drüse infiziert, manchmal nur einzelne Lappen. Auslöser sind oft uropathogene gramnegative (Enterobacteriaceae) oder grampositive (Enterococcus) Bakterien. Zumeist besteht eine bakterielle Infektion der gesamten unteren Harnwege, nicht selten eine Urosepsis. Die Patienten bieten die Zeichen einer lokalen und systemischen Infektion, sie leiden unter perinealen und Beckenschmerzen, begleitet von Fieber und Schüttelfrost, schmerzhafter Harnentleerung oder Harnverhalt, manchmal auch Erbrechen. Die Prostatauntersuchung ist bei der akuten Prostatitis äusserst schmerzhaft, eine Massage der Drüse ist deshalb nicht angezeigt und womöglich auch gefährlich. Diagnostisch ist eine Urinkultur, bei Urosepsis auch die

Merksätze

- Es gibt verschiedene Formen der Prostatitis, die eine unterschiedliche Symptomatik hervorrufen.
- Die Behandlungsmöglichkeiten haben sich im Laufe der letzten 10 Jahre verbessert, bei der häufigen chronischen abakteriellen Form sind die Erfolge momentan aber noch nicht befriedigend.

Blutkultur. Wenn der Patient nicht auf die Akuttherapie (s. unten) anspricht, liegt der Verdacht auf einen Abszess nahe. In diesem Fall sind Ultraschall und CT die entscheidenden Diagnoseverfahren.

Die chronische bakterielle Prostatitis (Kategorie II)

ist gewissermassen die Chronifizierung der akuten Prostatitis, da der Bakterienstamm offenbar in den peripheren (distalen) Prostatagängen persistiert. Die Infektion, die von einem geringgradigen Entzündungsprozess in der Prostata begleitet sein kann, verläuft entweder persistierend, jedoch in der Intensität variierend, oder aber intermittierend. Diese Patienten geben sich in der Regel durch wiederkehrende Harnwegsinfekte zu erkennen. Die Symptome fluktuieren zwischen Exazerbation und Remissionen. Wenn der Patient sich mit einer Harnwegsinfektion vorstellt, ist eine digitale rektale Untersuchung angeraten, zudem sollte eine Urinkultur angelegt werden und der Patient dann sofort antibiotisch behandelt werden. Ist er beschwerdefrei oder in partieller Remission, empfiehlt sich eine genauere Abklärung. Geht es dem Patienten besser, sollte der Harntrakt gründlich untersucht werden. Die Entzündungs- und Erregerlokalisation mittels 4-Gläser-Probe (Ersturin, Mittelstrahlurin, Prostataexpressat und Urin nach Prostatamassage) wird heute oft durch eine einfachere und kostengünstigere Methode ersetzt. Als Prä- und Postmassage-Test vergleicht man die Kultur aus Mittelstrahlurin vor und Initialurin nach einer Prostatamassage. Die Untersuchung wird bei allen Männern mit chronischer Prostatitis empfohlen.

Die chronische Prostatitis / chronisches Schmerzsyndrom des Beckens (Kategorie III)

ist definiert als urogenitaler Schmerz (des Beckens), der über mindestens drei Monate bestehen muss. Eine weitere Unterteilung

unterscheidet die inflammatorische (IIIa) von der nichtinflammatorischen Form (IIIb) – in Abhängigkeit von der Leukozytenzahl im Prostataexsudat. Die Ätiologie und Pathogenese der Kategorie III ist bislang nicht umfassend aufgeklärt. Ein Szenario könnte so aussehen: Am Anfang stehen eine Infektion der unteren Harnwege (einschliesslich der Prostata), Harnentleerungsstörung mit Dyssynergien des Beckenbodens, Reflux von sterilem Urin in die Prostatagänge aufgrund anatomischer Besonderheiten oder ein wiederholtes perineales Trauma (Fahrradsitz!). Diese Umstände triggern entweder eine Inflammation oder eine neuromuskuläre Schädigung. Die Inflammation selbst kann sekundär ebenfalls neurologische Schäden hervorrufen, während Nervenverletzungen ihrerseits eine neurogene vermittelte Entzündung auslösen können. Wie auch immer: Wird dieser Initialprozess nicht unterbunden, erfolgt eine periphere Sensibilisierung und eventuell eine Aufregulation distaler und zentraler Mechanismen, schlimmstenfalls wird ein zentrales neuropathisches Stadium erreicht. Obwohl der pathogenetische Ablauf wahrscheinlich vorgezeichnet ist, präsentieren sich die Patienten mit unterschiedlichen Symptomkonstellationen und unterschiedlichem Leidensdruck. Dies dürfte Ausdruck zentraler Regulationsmechanismen sein, einschliesslich adaptiver oder maladaptiver Copingmechanismen, aber auch eine Folge von Stress, Angst oder Depression.

Männer mit dieser Form der Prostatitis haben typischerweise eine lange bestehende Krankengeschichte, bestehend aus Urogenitalschmerz und verschiedenen obstruktiven und irritativen Entleerungssymptomen, manchmal liegen auch sexuelle Funktionsstörungen vor. Zur Abklärung ist eine ausführliche körperliche Untersuchung einschliesslich einer digitalen rektalen und lokalen neurologischen Prüfung erforderlich. Urinalysen gehören regelmässig zum diagnostischen Programm, da eine Infektion ausgeschlossen werden muss, um die Diagnose stellen zu können. Dafür ist eine Urinkultur nach Prostatamassage angezeigt (s.o.). Je nach Symptomatik sind transrektaler Ultraschall, Becken-CT, Urinflussmessung, Urin-Zytologie und Restharnbestimmung angezeigt.

Die asymptomatische entzündliche Prostatitis (Kategorie IV) zeigt sich als Entzündung (hohe Leukozytenzahl oder Bakterien) in Prostataexsudat oder Samenflüssigkeit, die Patienten haben aber keine Symptome.

Therapie

Kategorie I: Bei der akuten Prostatitis, die insgesamt recht selten ist, sind Antibiotika angezeigt, ausserdem bei Bedarf Analgetika und fiebersenkende Mittel. Bei Harnverhalt ist eine Blasendrainage erforderlich. Viele Patienten müssen für kurze Zeit ins Spital und werden dort mit parenteral verabreichten Breitspektrum-Antibiotika therapiert. Verbessert sich der Zustand der Patienten, wird für die kommenden 2 bis 4 Wochen auf orale Antibiotika, meist Fluorochinolone, umgestellt, um einen Übergang in die chronische Form zu verhindern. Spricht der Patient nicht an, liegt womöglich ein Abszess vor, der nach Drainage verlangt.

Kategorie II: Patienten mit einer chronischen bakteriellen Prostatitis werden am besten mit einer Langzeittherapie mit Fluorochinolonen versorgt, liegen obstruktive Symptome vor, wird zusätzlich ein Alpha-1-Blocker verschrieben. Ciprofloxacin, und Ofloxacin dürften in etwa gleichwertige Heilungs- und Eradikationsraten liefern. Die Antibiotika sollten mindestens 4 Wochen, nach Meinung einiger Experten 6 oder gar 12 Wochen eingenommen werden. Langzeitkontrollen sind wegen hoher Rückfallraten (20 bis 30%/Jahr) erforderlich.

Kategorie III: Die Therapie ist schwierig, und die bisherigen prospektiven Studien sind nicht ganz so aufschlussreich gewesen wie erhofft. Antibiotika (über 4 Wochen) können zu Anfang versucht werden. Spricht der Patient nicht an, lohnt sich später kein erneuter Versuch. Alpha-1-Blocker können ebenfalls zu Beginn versucht werden, wenn die Patienten nicht entsprechend vorbehandelt sind. Bei schon lange bestehender Erkrankung bringen die Medikamente hingegen meist nichts. Bei diesen Männern hat auch eine Kombination aus Alpha-1-Blocker und Antibiotikum keinen oder nur einen marginalen Nutzen.

5-alpha-Reduktasehemmer können bei Patienten mit gleichzeitig bestehender Prostatahyperplasie versucht werden. Es gibt dazu positiv verlaufene Studien, die allerdings nach Auffassung des Autors noch auf Bestätigung in weiteren Studien warten.

Antiinflammatorische Medikamente wie NSAR oder Coxibe haben in den Studien allenfalls geringe Effekte gezeigt und werden nicht empfohlen.

Etwa 30 bis 60 Prozent der betroffenen Männer nehmen Phytotherapeutika ein. Laut Nickel scheinen manche Präparate, etwa Sägepalmextrakt, durchaus wirksam zu sein. Allerdings sind die einschlägigen Studien noch nicht vollständig in einem «peer reviewed»-Journal erschienen.

Insgesamt sind mit den erwähnten Therapien aber oft nur leichte Linderungen möglich, nicht selten versagt die Behandlung. Einige Patienten werden wegen frustrierender Ergebnisse schliesslich operiert (radikale Prostatektomie eingeschlossen). Der Autor befürwortet chirurgische Eingriffe jedoch nur bei Vorliegen echter Indikationen, wie Strikturen oder Stenosen.

Ob neuere Therapieansätze, wie die Neuromodulation etwa mit Pregabalin bei therapierefraktären Patienten, Physiotherapien oder die kognitive Verhaltenstherapie, helfen, wird derzeit in NIH-Studien untersucht. Auch minimal-invasive Therapien wie die Mikrowellen-Thermotherapie (TUMT) werden derzeit unter die Lupe genommen.

Kategorie IV: Die Patienten mit asymptomatischer Prostatitis werden in der Regel nicht behandelt. Ob bei ausgewählten Patienten mit erhöhtem PSA oder bestehender Infertilität Antibiotika womöglich sinnvoll wären, ist derzeit nicht klar.

J. Curtis Nickel: Prostatitis: old questions, new answers. www.medscape.com/viewprogram/6501

Uwe Beise

Interessenlage: Der Autor ist Urologie-Professor an der Queens University, Kingston, Ontario. Er deklariert Forschungsgelder von verschiedenen Firmen und Beratertätigkeit bei Forest Laboratories, GlaxoSmithKline, Merck Frosst Canada, Ortho-McNeil, Plethora, and sanofi-aventis.