

■ UROLOGIA

Prostatiti e linee guida EAU 2017: quali novità?

Le prostatiti raggruppano una significativa quota delle diagnosi maschili: si stima che esse costituiscano la più comune diagnosi urologica nell'uomo al di sotto dei 50 anni e addirittura la terza nei soggetti ultracinquantenni. La classificazione suggerita nel 1999 dal National Institute of Health, suddivide la prostatite in quattro differenti categorie:

- **Categoria I:** prostatite acuta batterica
- **Categoria II:** prostatite cronica batterica
- **Categoria III:** prostatite cronica abatterica/sindrome dolorosa pelvica cronica (CPPS), suddivisa in IIIa (infiammatoria) e IIIb (non infiammatoria), a seconda del livello di leucociti rilevato nei secreti prostatici
- **Categoria IV:** prostatite asintomatica.

I sintomi predominanti, in caso di forme acute, sono il dolore con varie localizzazioni (prostata/perineo: 46%; scroto e/o testicoli: 39%; pene: 6%; vescica urinaria: 6%; zona lombare: 2%); nelle forme acute l'esordio è brusco, il dolore poco localizzato, e spesso si associa a sintomi sistemici quali malessere e febbre. Nelle forme croniche il quadro

sistemico è decisamente meno pronunciato ma i sintomi urogenitali si presentano in maniera molto più prolungata (≥ 3 mesi). Il range di segni e sintomi è ampio e riflette la varietà delle possibili cause (infezioni batteriche, flogosi, danno neurologico): dolore, sintomi urinari, sintomi di disfunzione sessuale sono le principali categorie sintomatologiche che compongono il quadro clinico.

► **Eziologia e terapia**

La presenza di patogeni riguarda circa il 5-10% dei casi e, in questi soggetti, la terapia antibiotica costituisce dunque il cardine della gestione della patologia. Le Enterobacteriaceae, in particolare *E. coli*, sono i ceppi maggiormente rappresentati nelle forme acute (50-80% dei casi). Altri patogeni includono *Klebsiella* e *Proteus*, responsabili rispettivamente del 10% e del 30% dei casi, vari ceppi di *Enterococcus* (5-10% dei casi), bacilli Gram-negativi non fermentanti (*Pseudomonas spp.*, <5% dei casi), alcuni batteri Gram-positivi quali stafilococchi e streptococchi. La scelta dell'antibiotico al momento della diagnosi di sospetto clinico della prostatite acuta batterica e in attesa di una

conferma microbiologica deve basarsi sulla conoscenza dei patogeni maggiormente frequenti nelle prostatiti acute, dei dati di resistenza della zona, delle allergie, pregresse terapie e comorbidità del paziente. Una scelta terapeutica corretta contribuisce a limitare il problema dell'antibiotico resistenza, fenomeno molto diffuso e attuale, che in generale sta assumendo una dimensione maggiore di quanto non fosse in passato, con un preoccupante aumento di isolamento di patogeni produttori di beta lattamasi a largo spettro (ESBL) anche nelle infezioni comunitarie (www.siu.it/contents/view/450). In merito l'edizione 2017 delle linee guida della European Association of Urology (EAU) fornisce indicazioni molto chiare: i fluorochinoloni, quali ciprofloxacina e levofloxacina, sono considerati i farmaci di prima scelta nelle prostatiti batteriche a motivo delle loro favorevoli caratteristiche farmacocinetiche, dell'ottimale profilo di tollerabilità, del loro spettro d'azione nei confronti dei patogeni Gram-negativi. Le raccomandazioni privilegiano l'utilizzo ad alto dosaggio: ciprofloxacina per esempio va somministrata alla posologia di 1000 mg/die, per una durata di trattamento da stabilirsi in base al giudizio clinico nelle forme acute e per un periodo di 4-6 settimane dopo la diagnosi nelle forme croniche (<http://uroweb.org/guideline/urological-infections/>). Maggiore è la concentrazione e migliore sarà la risposta terapeutica.