

Prostatiti acute e croniche: dai criteri diagnostici alla terapia

Le prostatiti rappresentano la più comune diagnosi urologica negli uomini con età <50 anni. In particolare la forma cronica presenta una prevalenza del 5-9% negli USA e del 12% in Italia. Si associano a una bassa qualità di vita e hanno un notevole impatto economico, per cui è necessaria un'attenta valutazione delle strategie terapeutiche. È infatti dimostrato che gli uomini con prostatite cronica hanno un impatto sulla qualità di vita simile a quelli affetti da infarto del miocardio, angina o morbo di Crohn.

Per tale motivo le prostatiti rappresentano un importante argomento della salute alla pari di altre patologie urologiche maggiori, quali la iperplasia prostatica benigna e il carcinoma prostatico, ma purtroppo le attuali conoscenze sono limitate e in alcuni casi controverse.

Il difficile accesso alla prostata ne ha limitato il suo studio con la conseguente mancanza di certezze sulla eziologia e di uniformi criteri diagnostici: in circa il 5-10% dei casi si accerta una eziologia infettiva, ma nei rimanenti casi gli esami di laboratorio non evidenziano presenza di patogeni.

Quali sono le principali forme di prostatiti e come vengono classificate?

Le prostatiti sono sostanzialmente di due tipi: batterica (acuta e cronica) e abatterica. La classificazione dei National Institutes of Health è utile al fine di ottimizzare il percorso diagnostico e terapeutico (Krieger JN et al. *JAMA* 1999; 282: 236-7). Nello specifico le prostatiti vengono suddivise in quattro entità cliniche:

1. prostatite acuta batterica: flogosi prostatica acuta;
2. prostatite cronica batterica: flogosi ricorrente dopo almeno tre mesi dall'evento acuto della prostata;
3. prostatite cronica abatterica: infezione non dimostrabile, anche detta sindrome del dolore pelvico cronico o chronic pelvic pain syndrome - CPPS:
 - CPPS III-A infiammatoria: presenza di leucociti in aumento nello sperma, nel secreto prostatico o nelle urine dopo massaggio;
 - CPPS III-B non infiammatoria: minor numero di leucociti nello sperma, nel se-

La diversità tra medicina generale e specialistica può essere fattore di arricchimento della pratica medica, se a prevalere è il momento dialogico, all'insegna della complementarità, focalizzata sulle esigenze concrete che la gestione di una problematica fa emergere nella quotidianità. M.D. propone, di volta in volta, un confronto tra le due discipline, fatto di domande precise e di risposte condivise.

Medicina generale a cura di:

Ciro Niro

Medico di medicina generale, San Severo (FG)
Responsabile Nazionale Dipartimento Uro-Andrologia AIMEF

Specialistica a cura di:

Roberto Migliari

Rodolfo Rosso

UOC Urologia, Ospedale S. Giovanni Bosco- Torino Nord Emergenza
ASL T02, Torino

creto prostatico e nelle urine dopo massaggio nella norma;

4. prostatite asintomatica: reperto occasionale su biopsia in assenza di sintomatologia.



Quali sono i sintomi che si manifestano in occasione di una prostatite acuta?

I sintomi urinari (frequente bisogno di mingere, dolore nella minzione e difficoltà ad urinare), associati o meno a febbre e leucocitosi, sono i principali criteri per la diagnosi di prostatite acuta. La conferma avviene con l'esplorazione rettale, in cui la ghiandola si presenta dolente, molle o tumefatta alla palpazione.



Quale terapia va impostata in presenza di prostatite acuta?

Le prostatiti batteriche acute possono essere patologie molto severe.

È solitamente richiesta la somministrazione parenterale di antibiotici ad alte dosi e ad ampio spettro: penicilline, cefalosporine di III generazione o ancora fluorochinoloni per il trattamento iniziale.

In genere questi antibiotici vengono associati ad aminoglicosidi almeno fino alla defervescenza e alla normalizzazione degli esami di laboratorio. Successivamente la terapia orale, soprattutto con fluorochinoloni, deve essere proseguita ancora per 2-4 settimane.

Nei casi meno severi il fluorochinolone può essere somministrato per os per dieci giorni.

? Quali sono i sintomi più frequenti per sospettare una prostatite cronica?

I sintomi di una prostatite cronica sono simili a quelli di una prostatite acuta, con la differenza che generalmente sono meno intensi e dolorosi, più fastidiosi e perdurano per almeno tre mesi.

Tali sintomi possono essere divisi in tre categorie:

- sintomi dolorosi;
- sintomi della sfera sessuale;
- sintomi urinari.

Sintomi dolorosi

Sono quelli che il paziente avverte con più facilità: senso di fastidio e di pesantezza nella zona del perineo, dolore inguinale bilaterale, sensazione di pesantezza nell'ano, eiaculazione dolorosa, sensazione di incompleto svuotamento vescicale.

Sintomi della sfera sessuale

I sintomi della sfera sessuale solitamente si evidenziano nei pazienti affetti da prostatite cronica da molto tempo e proprio per la durata della malattia essi presentano spesso problematiche di tipo psicologico. I più frequenti sono:

- calo del desiderio sessuale;
- leggero calo dell'erezione;
- eiaculazione precoce.

Sintomi urinari

I sintomi urinari sono rappresentati da:

- esitazione all'atto della minzione;
- minzioni imperiose e frequenti;
- pollachiuria;
- sgocciolio terminale;
- minzioni notturne;
- diminuzione della potenza del getto urinario;
- sensazione di svuotamento urinario incompleto.

? Quali test e/o indagini sono indispensabili per la diagnosi di prostatite cronica?

Esplorazione rettale

L'esplorazione rettale della prostata è l'esame di prima linea.

Il dito esploratore deve essere inserito nel retto con estrema delicatezza, onde non perdere la possibilità di percepire una contrattura patologica della muscolatura degli elevatori dell'ano.

L'esplorazione rettale può essere divisa in:

- inferiore: studio dello sfintere rettale, dell'area emorroidaria e dei muscoli del pavimento perineale;
- media: apice prostatico e "corpo della prostata";
- superiore: base prostatica e vescicole seminali.

In corso di prostatiti, la prostata può presentarsi sia aumentata di volume e soffice, come nella fase di infiammazione acuta, sia volumetricamente normale, con consistenza regolare o indurita.

L'esame può generare una vivace dolenzia, che si può irradiare alla punta del pene.

Esami di laboratorio

Gli esami di laboratorio consigliati sono l'esame delle urine, l'urinocoltura, la spermio-coltura. Secondo la classificazione delle prostatiti, la presenza di globuli bianchi nel secreto prostatico e nelle urine dopo massaggio prostatico definisce la prostatite cronica abatterica infiammatoria (IIIa).

Non c'è una correlazione tra la conta batterica e leucocitaria e la severità dei sintomi nei pazienti con prostatite cronica.

? La spermio-coltura può sostituire il test di Meares-Stamey nella diagnostica delle prostatiti?

Nella pratica clinica il test di Meares-Stamey è sempre meno eseguito a favore dell'esame delle urine, dell'urinocoltura e della spermio-coltura. In questo caso viene eseguito un antibiogramma per germi comuni, miceti, protozoi e batteri saprofiti, su terreni arricchiti. Sempre più diffuse sono le tecniche di amplificazione del DNA (con tecnica PCR), di Chlamydia, Micoplasma, Gonococco, Herpes virus e Papilloma virus su urine, sperma e tampone uretrale dopo massaggio prostatico, IgG e IgM per Chlamydia e Micoplasma e IgA secretorie anti-Chlamydia. Anche l'esame del liquido seminale ha un importante valore nel follow-up dei pazienti con prostatite cronica batterica o abatterica, poiché è ormai noto che sussiste una correlazione tra prostatite cronica e fertilità/dispermia. I quadri più comuni sono: oligozoospermia, astenospermia, teratozoospermia.

? Nel sospetto di prostatite è utile effettuare il dosaggio del PSA?

Il PSA può essere elevato sia nelle prostatiti acute sia in quelle croniche. La terapia antibiotica permette di normalizzare il li-

vello di PSA in circa il 50% dei pazienti nell'arco di quattro settimane. La stabilizzazione del valore del PSA viene ottenuta dopo circa tre mesi.

Nel caso delle prostatiti croniche e soprattutto paucisintomatiche il dosaggio del PSA insieme all'esperazione rettale è indispensabile per un diagnosi differenziale con una neoplasia. Infatti alcuni noduli calcifici o di prostatite granulomatosa risultano sovente indistinguibili all'esame obiettivo da un adenocarcinoma. In questi casi bisogna eseguire una biopsia prostatica.

? Esiste una correlazione da ricercare tra prostatite cronica e patologie ano-rettali?

Le enterobatteriacee e soprattutto l'*Escherichia coli*, oltre al *Proteus* e alla *Klebsiella* sono i patogeni predominanti nelle prostatiti batteriche, Gram negativi che abitualmente si trovano nell'intestino.

In caso di stitichezza, questi batteri rimangono a lungo nell'ampolla rettale e possono dare seri problemi alla prostata, in quanto attraverso i vasi linfatici possono raggiungerla e creare al suo interno nidi di infezione e di infiammazione. Pertanto la stitichezza va corretta, così come i casi di ripetute coliti ed episodi di diarrea. Inoltre i pazienti affetti da emorroidi presentano spesso una flogosi, che può coinvolgere la prostata stessa. La terapia delle emorroidi, da quella medica fino all'intervento chirurgico, diventa dunque fondamentale anche ai fini di prevenire flogosi prostatiche.

? Quali sono i trattamenti della prostatite cronica batterica?

Attualmente la terapia della prostatite cronica prevede l'utilizzo di antibiotici, antinfiammatori, alfa-litici (ovvero il cosiddetto protocollo "the tree As" of chronic prostatitis therapy - Nickel JC. *BJU Int* 2004; 94: 1230-3). In letteratura vengono segnalati altri presidi quali tranquillanti, immunomodulatori, allopurinolo, sostanze della medicina cinese, fitoterapici, agopuntura, massaggi prostatici, elettrostimolazioni, termoterapia e biofeedback, ma sono necessarie ulteriori conferme.

Tuttavia le linee guida non offrono ancora molte certezze, cosa comprovata dalla dimostrazione di una buona efficacia dei trattamenti multimodali e dal frequente fallimento delle strategie monoterapiche.

Andando nello specifico si può utilizzare sulfametossazolo-trimetoprim, ma soprattutto i fluorochinoloni, che sono considerati i farmaci di scelta per le loro proprietà farmacocinetiche e la loro attività contro i patogeni Gram negativi, compreso anche *Pseudomonas aeruginosa*.

Tra i fluorochinoloni sono indicate soprattutto la levofloxacina e la ciprofloxacina, poiché attive anche sui Gram positivi e sui patogeni cosiddetti atipici, come la *Chlamydia trachomatis* e i micoplasmi genito-urinari. La durata del trattamento è di 15 giorni. Successivamente, in caso di positività delle colture batteriche e/o in caso di mancato beneficio dall'assunzione della terapia, il trattamento deve proseguire per un totale di 4-6 settimane.

Studi urodinamici hanno mostrato un aumento nella pressione di chiusura uretrale in pazienti con prostatite cronica (soprattutto abatterica). L'associazione di un alfa-litico può dare un beneficio sui sintomi, anche se il loro utilizzo è tuttavia controverso. Dalle indagini in letteratura l'associazione di antibiotici con alfa-litici risulta migliore degli antibiotici da soli nel caso delle prostatiti abatteriche croniche. Sei mesi di terapia continua con alfuzosina 5 mg x 2/die hanno mostrato una modesta ma statisticamente significativa efficacia (non presente invece nella terapia discontinua) rispetto al placebo.

Altri piccoli studi con alfa-litici (alfuzosina, terazosina, tamsulosina) hanno mostrato un'efficacia terapeutica che varia dal 48% all'80% dei casi.

Con lo stesso razionale di ridurre la pressione sfinterica uretrale sono stati utilizzati agenti miorilassanti (diazepam, baclofen), ma non vi sono trial clinici prospettici che confermino la loro efficacia.

? In caso di prostatite batterica accertata è sempre indispensabile la terapia antibiotica anche per la partner?

È indispensabile indagare la presenza di infezioni delle vie urinarie o genitali anche della partner. Tali infezioni possono essere sintomatiche o asintomatiche e quindi evidenziarsi solo con esami culturali mirati.

Gli esami più richiesti sono: tampone vaginale con ricerca, coltura ed eventuale antibiogramma per batteri comuni, miceti e protozoi, test di amplificazione del DNA di *Chlamydia*, Micoplasma, Gonococco, Herpes virus e Papilloma virus.

? Qual è la terapia delle prostatiti croniche abatteriche?

Anche in questo caso il trattamento di prima linea è l'antibioticoterapia, poiché nonostante non venga evidenziata un'infezione dagli esami di laboratorio, qualche germe può comunque essere presente.

Molti studi clinici hanno evidenziato effettivamente un miglioramento nella sintomatologia in pazienti con prostatiti abatteriche. In caso di batteri intracellulari scoperti o presunti bisognerebbe somministrare tetracicline o macrolidi.

In questo tipo di prostatiti croniche non si osservano correlazioni tra gli indici di flogosi (leucociti nel secreto prostatico, citochine, radicali liberi dell'ossigeno) e score della sintomatologia dolorosa.

Controverso è l'uso di farmaci antinfiammatori che hanno dato risultati statisticamente non superiori al placebo nella maggior parte degli studi in letteratura. Sono state però riportate alcune segnalazioni a favore dell'uso di nimesulide, anche se sembrano invece più efficaci gli inibitori della COX2.

Anche gli alfa-litici assumono un ruolo controverso nella terapia di questa forma di prostatiti croniche.

Si sta diffondendo l'utilizzo terapeutico della carnitina, per l'effetto antiossidante nelle prostatiti croniche abatteriche in pazienti infertili.

Il razionale del suo utilizzo risiede nella riduzione dello stress ossidativo responsabile di uno squilibrio tra fattori antiossidanti e pro-ossidanti a livello epididimario.

I risultati mostrano un incremento nella motilità progressiva e della vitalità degli spermatozoi.

? In presenza di prostatite cronica l'attività sessuale va regolata?

Frequentemente le prostatiti possono essere determinate dai rapporti sessuali.

Nel colloquio con il paziente e nella raccolta dell'anamnesi bisogna sempre indagare ed escludere la presenza di eventuali malattie sessualmente trasmesse.

Ai pazienti affetti da prostatiti andrebbe consigliato di evitare, per un certo periodo di tempo, rapporti sessuali troppo prolungati e il coito interrotto.

Nel caso di rapporti sessuali a rischio è fondamentale che il paziente utilizzi il profilattico.

? In presenza di prostatite cronica quali altri consigli vanno forniti ai pazienti?

I consigli utili in presenza di prostatite cronica sono fondamentalmente di carattere dietetico ed igienico.

Norme dietetiche

Consumare pasti possibilmente caldi e ad orari regolari. Eliminare o ridurre, nel periodo acuto, in modo molto drastico i cibi piccanti e le carni di maiale, gli alcolici, l'uva, i pomodori ed altri cibi che possano acidificare le urine come: cioccolato, asparagi, insaccati, acciughe, peperoni, cipolle, cavolfiori, broccoli, spezie, peperoncino.

Bere almeno un litro e mezzo di acqua al giorno.

Favorire la regolare funzionalità intestinale con un'alimentazione equilibrata.

In caso di stitichezza assumere liquidi e consumare alimenti ricchi di fibre vegetali e scorie (pane integrale, verdure cotte a foglia larga, spinaci, frutta cotta).

In caso di diarrea evitare gli alimenti che hanno effetto stimolante sulla peristalsi come brodo di carne o di verdure, insaccati, uva, fichi, latte, formaggi fermentati.

Stile di vita

Evitare di praticare sport potenzialmente traumatici per la ghiandola prostatica (ciclismo, motociclismo, equitazione), mentre è indicato passeggiare e praticare attività sportive rilassanti (nuoto, corsa moderata, ginnastica a corpo libero, ecc.).

Cercare di evitare attività sedentarie o comunque la posizione seduta (per esempio la guida di autoveicoli) per lunghi periodi.

Curare l'igiene personale, in particolare quella intima, soprattutto in presenza di emorroidi e praticare un'adeguata terapia medica. Svolgere una regolare attività sessuale senza eccessi, evitando periodi prolungati di astinenza e, come accennato, evitare il coito interrotto.

Cercare di non indossare biancheria e pantaloni troppo aderenti.

? Se il paziente è asintomatico, ma positivo a un test microbiologico, va sempre eseguita la terapia?

La sterilizzazione delle colture batteriche è sempre necessaria in soggetti giovani, perché viene eliminata una possibile fonte di infezione. Nel caso di un'infezione presente alla spermocoltura è mandatorio eliminare i patogeni per evitare danni sulla fertilità del paziente.