



TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ

Cilt: 14, Sayı: 3, 291-297, 1988

## KRONİK PROSTATİT VE ALT ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONLARININ TANISI(\*)

### DIAGNOSIS OF LOWER URINARY TRACT INFECTIONS AND CHRONIC PROSTATİTİS

Dr. GÜRBÜZ, R., Dr. ARSLAN, M., Dr. KILINÇ, M., Dr. YILMAZ, K.,  
Dr. ACAR, A., Dr. ÖZTÜRK, A. (\*)

#### GİRİŞ

Alt üriner sistem ile ilgili yakınmaları olan bir kısım hastalarda enfeksiyonun lokalizasyonu yapılamadığı ve uzun süre antibiyotik tedavisi gördükleri halde hastalar-daki pollaküri, dizüri, perineal rahatsızlık hissi ve ağrı gibi şikâyetler devam eder.

Enfeksiyonun tedavisi önememesinde antibakteriyel ajanların prostatik sıvıya dif-füzyonlarının yetersiz olmasının rolü de büyüktür (10).

Yaygın prostatit sendromlarının klinik belirtileri başlıca 4 grupta incelenir (Tablo 1).

Akut prostatit ani başlayan zor idrar yapma semptomları ile birlikte rektal muayenede prostatın sıcak, dolgun ve hassas hissedilmesiyle kolayca tanınan ve uygun anti-biyotik tedavisine iyi cevap veren bir prostat hastalığıdır. Akut prostatiti diğer prostat enfeksiyonlarından ve alt üriner sistem enfeksiyonlarından ayırdetmek güçlük arz-etmek (5).

Kronik bakteriyel prostatit uzun süren alt üriner sistem yakınmaları ile seyreden, rektal muayenede prostatla ilgili spesifik bir bulgu bulunamayan, prostat masajından elde edilen sekresyonda lökosit artışı görülen, kültürde bakteri izole edilebilen bir prostat hastalığıdır. Eğer yeterli bir süre (1-3 ay) uygun antibiyotik verilirse tedavi edilebilen bir hastalıktır (13-14). Ancak çoğu kez uygunsuz antibiyotik seçimi ve kısa süreli uy-gulama sonucu antibiyotiğin kesilmesiyle birlikte yakınmalar tekrar başlar. Minocycli-ne (10), doxycycline (10), erythromycine (13), SMX-TMP (11) ve carbenicillin indanyl-sodium (14) gibi prostat dokusuna diffüzyonu iyi olan antibiyotiklerle tedavi etkili olabilir.

(\*) Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

(+) 9. Ulusal Üroloji Kongresinde takdim edilmiştir.

Medikal tedavi ile tedavi edilemeyen kronik bakteriyel prostatitin cerrahi tedaviyle tedavi edilebileceği bildirilmektedir (8, 9).

Non-bakteriyel prostatit kesin etkeni bilinmeyen en yaygın prostatittir. Bakteriyel prostatitten 8 kat daha sık görüldüğü bildirilmektedir (15). Muhtemel etkenler mycoplasma ve chlamydia'dır (3, 4, 17). Rektal muayenede spesifik bir bulgu yoktur. Prostat sekresyonunun kültüründe bakteri izole edilemez, ancak sekresyonun mikroskopik incelenmesinde 10-15'ten fazla lökosit artışı vardır (1). Non-bakteriyel prostatitte kesin etken bilinmediğinden tedavisi de zordur. Ureaplasma ve chlamydia'dan şüphelendiğinde 2-4 hafta süreyle minocycline, doxycycline ve erythromycine verilir (10). Semptomatik tedavide antienflamatuar ve antikolinergik ilaçların yararları olduğu bildirilmektedir (6, 10).

Prostatodynia ya da pelvik adalelerde gerginlik, ağrı ve rahatsızlık olarak ifade edilen prostat hastalığında irritatif mesane semptomları, idrarın kalibresinde incelmeye ve projeksiyonunda azalma olduğu halde fizik muayenede pozitif bir bulgu yoktur. Nörolojik bozukluk da yoktur. İdrar tetkikleri ve prostat sekresyonu çalışmaları normaldir. Urodinamik incelemede uretra basınç profili, maksimal uretral kapanma basıncının azaldığını gösterir. Mesane kapasitesi sıklıkla artmıştır (2, 7, 16).

Prostatodynia tedavisinde antibiyotikler etkisizdir. Semptomatik tedavi uygulanır. Bu amaçla alfa-bloker phenoxybenzamine 10-20 mg. günde 1-2 defa, ya da prazosin 2-4 mg. günde 1-2 defa verilir (2).

Prostatın enfeksiyöz hastalıklarının ve alt üriner sistem enfeksiyonlarının tanısında ve ayırıcı tanısında kolaylık sağladığı bildirilen segmental idrar kültürleri uygulaması yapılan çalışmalarda ümit verici bulunmuştur (12).

Çalışmamızın amacı kronik prostatit yakınmaları ile başvuran hastalara, şikâyetleri olmayan kontrol grubuyla karşılaştırmalı segmental idrar kültürleri yaptırılarak bu uygulamanın enfeksiyonun lokalizasyonundaki yararını ve önemini araştırmaktadır.

## MATERYAL VE METOD

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Polikliniği'ne Ekim 1986-Haziran 1987 tarihleri arasında başvuran 28 hasta araştırma kapsamına alındı. Uzun süren (birkaç yıldan, on yıla kadar) pollaküri, noktüri, dizüri, perineal rahatsızlık hissi ve ağrı, seyrek olarak da kanlı ejakülasyon şikâyeti olan hastalara idrar tetkiki ve segmental idrar kültürleri yapıldı. Prostat masajından sonra elde edilen sekresyonun mikroskopik incelemesi yapıldı. İlk miksiyon idrarı (VB<sub>1</sub>), orta akım idrarı (VB<sub>2</sub>), prostat masajı sekresyonu (EPS) ve prostat masajından sonraki idrar (VB<sub>3</sub>) kültürleri alındı.

Kontrol grubu olarak seçilen 6 sağlıklı kişiye idrar tetkiki, ilk miksiyon idrarı (VB<sub>1</sub>), orta akım idrarı (VB<sub>2</sub>), prostat masajı ve prostat masajından sonra idrar kültürü (VB<sub>3</sub>) alındı. Araştırma kapsamına aldığımız hastaların bir kısmından ve kontrol grubundan sekresyonu (EPS) alınamadı. Bu durumda prostat masajından sonra idrar kültürü (VB<sub>3</sub>) alındı.

## BULGULAR

Araştırma kapsamına aldığımız hastaların yaşı 20-40 (ortalama 31) arasında değişti. Kontrol grubunun yaş ortalaması 26.5 idi. Bütün idrar tetkiklerinde lökosit sayısı normal sınırlarda bulundu. Prostat masajı ile elde edilen sekresyonun (EPS) mikroskopik muayenesinde ortalama 10-15'ten fazla lökosit bulundu. Segmental idrar kültüründe 3 hastada VB<sub>1</sub>'de ve VB<sub>2</sub>'de üreme görüldü. Bu kültürlerden birinde E. Coli, ikisinde ise Staph. epidermitis izole edildi. Bir VB<sub>2</sub> kültüründe ise E. Coli izole edildi. Diğer bütün idrar kültürlerinde üreme görülmedi.

Kontrol grubunun idrar kültürlerinde ise üreme görülmedi.

Bulgular Tablo 2'de özetlenmiştir.

TABLO 2: 28 Hastada Segmental İdrar Kültürü Sonuçları

	VB <sub>1</sub> (İlk miksiyon idrarı)	VB <sub>2</sub> (Orta akım idrarı)	VB <sub>3</sub> (Prostat masajından sonraki idrar)
Üreme var	3	1	3
Üreme yok	25	27	25

## TARTIŞMA

Uzun süreli alt üriner sistem enfeksiyonu yakınmalarına sebep olan prostatın kronik enfeksiyöz hastalıklarının tedavisinin birbirinden bütünüyle farklı olmasından dolayı tedavide başarılı olunması için kesin tanı konulması elzemdir.

Segmental idrar kültürlerinden 3 VB<sub>3</sub> kültüründe (prostat masajından sonra alınan idrar kültürü) üreme görülmesi bu hastalarda kronik bakteriyel prostatit bulunduğunu göstermektedir. Bir VB<sub>1</sub> ve üç VB<sub>2</sub> kültüründe bakteri izole edilmesi ayrıca üretra ve mesaneden kaynaklanan üriner enfeksiyonu belirtmektedir.

Prostat sekresyonunun (EPS) mikroskopik incelemesinde lökosit artışının görüldüğü halde VB<sub>3</sub> kültürlerinde bakteri izole edilememesi bu hastalarda non-bakteriyel prostatit olduğunu göstermektedir (1, 6, 12, 15). Ancak kesin tanıyı doğrulamak için bu hastalıkta etken olduğu bildirilen chlamydia ve ureaplasma kültürlerinde yapılması gerekir (3, 4, 16, 17).

Çalışmamızda yalnız 3 hastada kronik bakteriyel prostatit bulunması kronik bakteriyel prostatitin bilinenden daha seyrek görüldüğünü akla getirmiştir. Schaffer ve arkadaşları tarafından bildirilen çalışmada non-bakteriyel prostatitin bakteriyel prostatitten 8 kat daha sık görüldüğü belirtilmektedir (15).

Sonuç olarak çalışmamızda uyguladığımız segmental idrar kültürleri alınması prostat ve alt üriner sistem enfeksiyonlarının tanısında ve ayırıcı tanısında yararlı olmakla birlikte ureaplasma ve chlamydia kültürlerinin de yapılması ve araştırmalara devam edilerek tecrübe ve hasta sayısının artırılması bu konudaki eksiklikleri giderecektir kanısındayız.

## ÖZET

Prostatın kronik enfeksiyöz hastalıkları ve non-enfeksiyöz hastalıklarının tanısında zaman zaman güçlüklerle karşılaşılır. Klinik inceleme sonucu kronik prostatik düşünülen 28 hastada enfeksiyon etkenini araştırmak ve doğru tanıya varmak için segmental idrar kültürleri alındı. Yalnız 3 hastada prostat masajından sonra alınan idrar kültüründe bakteri izole edilerek kronik bakteriyel prostatit tanısı konuldu. Diğer kültürlerde üreme görülmemesi kronik bakteriyel prostatitin nadir olduğunu akla getirmektedir.

## SUMMARY

We investigated localisation of lower urinary tract complaints applying Stamey method in 28 male. Microscopic examination was carried out in expressed prostatic secretion of all patients. Bacteria was found in only three occasions. Other segmented urine kultures showed no bacteria. We believe chronic bacterial prostatitis may diagnosed difficultly and its incidence is rare than as we know.

## KAYNAKLAR

1. **Anderson, R.U. and Well**: Prostatic secretion leucocyte studies in non-bacterial prostatitis. *J. Urol.*, 121: 292, 1979.
2. **Barbalias, G.A., Meares, R. and Sant, G.R.**: Prostatodynia: Clinical and urodynamic characteristics. *J. Urol.* 130: 514, 1983.
3. **Bruce, A.W., Willet, W.S. and Schieter, H.C.**: The role of chlamydiae in genito-urinary disease. *J. Urol.*, 126: 625, 1981.
4. **Brunner, H., Weidner, W. and Schieter, H.C.**: Studies of the role of *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma hominis* in prostatic prostatitis. *J. Infect. Dis.*, 147: 807, 1983.
5. **Problems in diagnosis of bacterial prostatitis: Gram negative, gram positive and mixed infections.** *J. Urol.*, 111: 630, 1974.
6. **Drach, G.W.**: Man's hidden infection. *Urol. Clin. North AM.* 2: 499, 1975.
7. **Drach, G.W. et al.**: Classification of benign diseases associated with prostatic pain: Prostatitis of prostatodynia? *J. Urol.*, 120: 26, 1978.
8. **Eykyn, S. et al.**: Prostatic calcification as a source of recurrent bacteriuria in the male. *Br. J. Urol.*, 46: 527, 1974.
9. **Meares, E.M.Jr.**: Infection of the prostate gland. Laboratory diagnosis and clinical management. *Urology* 4: 560, 1974.
10. **Meares, E.M.Jr.**: Prostatic related diseases. In *Campbell's Urology* Ed by. Walsh C.P., Gittes, F.R., Perlmutter, D.A. and Aronson, A.T. pp. 868, Sanders Comp. 1986.
11. **Meares, E.M.Jr.**: Serum antibody titers in treatment with trimethoprim-sulfamethoxazole for chronic prostatitis. *Urology*, 11: 1-378, 1978.
12. **Meares, E.M. and Stamey**: Bacteriologic localisation patterns in prostatitis and urethritis. *Invest. Urol.* 5: 432, 1968.
13. **Mobley, D.F.**: Erythromycin and sodium bicarbonate in chronic bacterial prostatitis. *Urology*, 3: 60, 1974.
14. **Mobley, D.F.**: Bacterial prostatitis: Treatment with carbonicillin indanyl sodium. *Invest. Urol.* 19: 31, 1981.
15. **Schaffer, A.J. et al.**: Prevalence and significance of prostatic inflammation. *J. Urol.* 125: 215, 1981.
16. **Sequra, J.W. et al.**: Prostatic prostatitis or pelvic floor tension myalgia? *J. Urol.* 122: 168, 1979.
17. **Weidner, W., Brunner, H. and Krause, W.**: Quantitative culture of *Ureaplasma urealyticum* in patients with chronic prostatitis. *J. Urol.* 124: 622, 1980.