TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ
(T. Urol. Derg.)
Cilt : VI, 1, s : 35-39, 1980

BAKTERİYEL PROSTATİTİN TANISI

Diagnosis of bacterial prostatitis

Dr. VATANDAŞLAR, F. (*), Dr. PEKER, A. F. (**), Dr. ÜLGEN, Ç. (***)

Giriş:

Kronik bakteriyel prostatit erkeklerde en sık görülen kronik bir enfeksiyondur. Her yaşta görülürse de puberteden önce nadirdir (2).

Bakteriyel prostatitin tanısı irritatif prostat semptomlarının bulunmasına, sert ve hassas prostat glandının palpasyonuna, idrar tahliline ve prostat masajı ile alınan sekresyonun mikroskopik muayenesine dayandırılamaz. Çünkü benzer semptom ve bulgular bakteri üretilemiyen prostatın birçok enflamatuar hastalıklarında da mevcuttur. Bu bakımdan kronik bakteriyel prostatitin tanısı klinik olmaktan ziyade bakteriyolojiktir (7). Semen ve prostat sekresyon kültürleri arasında iyi bir korelasyon bulunmasına rağmen (3) semen kültür tekniği ve doku kültürü için alınan prostat iğne biopsisi (10) gibi yöntemlerle bakteriyel prostatit tanısı için yeterli gözükmemektedir.

Meares'in (6) dört kadeh kültür yönteminin kronik bakteriyel prostatitli kesin teşhis etmede ve aynı zamanda bu yolla üretritin ayırmada değerli olduğu anlaşılmıştır (11). Bu çalışmada biz de benzer yöntemle teşhis ettiğimiz bir grup kronik bakteriyel prostatitli hastanın verilerini inceleyerek aralarındaki ilişkileri göstermeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Çeşitli prostat yakınmaları bulunan yaşları 20-38 arasında değişen 22 erkek olguyu üç kadeh kültür yöntemi ile inceledik. Ancak bunlardan 7 sinde verilerin güvenli olmadığı düşünülerek çalışma kapsamına alınmadı. Kontrol grubu olarak da aynı yaş grubundan olan 10 kişi seçildi.

(*) Gülhane Askerî Tıp Akademisi Üroloji Kl. Müş. Uzm. Tbp. Bnb.
(**) Gülhane Askerî Tıp Akademisi Üroloji Kl. Uzm. Ass. Tbp. Yzb.
(***) Gülhane Askerî Tıp Akademisi Üroloji Kl. Doç. Tbp. Alb.

Lokalizasyon Tekniği :

Hasta ile bir gün önceden görüşülerek mümkün olduğu kadar ilk idrarı ile gelmesi söylenir. Daha önceden hazırlanan üç adet steril tüp 1,2 ve 3 olarak numaralanır. Birinci tüpe 10 cc idrar alınır ve hasta işemeye devam ederken ikinci tüpe 10 cc alınır. Hastaya idrarını tutması söylenir prostat masajı yapılarak alınan bir damla sekresyon temiz bir lama konup mikroskopta incelenir. Daha sonra üçüncü tüpe 10 cc idrar işedikten sonra işleme son verilir. Her üç idrar numunesi kültür ve antibiogram yapılmak üzere laboratuvara gönderilir.

Bulgular :

Hastalarda semptomların görülme sıklığı (Tablo: I) de gösterildi.

Semptomlar	Hasta
Erken boşalma	11
Pollakiuri	8
Adale ve mafsal ağrısı	8
Libidoda azalma	7
Ereksionda azalma	6
Üretral akıntı	6
Rektal ağrı	6
Niktüri	5
Terminal dizüri	5
Alt bel ağrısı	5
Perineal ağrı	4
Hematüri	3

TABLO : I — Hasta grupta semptomatoloji

Hastaların prostat sekresyonlarının mikroskopik muayenesinde istisnasız hepsinde her büyük mikroskop sahasında 10-15 veya daha fazla iltihap hücreleri ile değişik sayı ve büyüklükte lökosit kümeleri mevcuttur. Çoğunda lecithin cisimciklerinde azalmış ya da kaybolmuştu.

Hasta ve kontrol grubuna ait idrar örneklerinin kantitatif kültür değerleri (Tablo: II ve III) de gösterildi.

MI_1	MI_2	MI_3
51800	57300	81300
+25900	+237000	+18460
P 0,01	İşt. Sapma	

TABLO : II — Prostatitli grupta kantitatif bakteri sayısının idrar örneklerine göre dağılımı.

MI_1 : İlk mesane idrar örneği. MI_2 : Mesane idrarı. MI_3 : Prostat masajından sonra alınan örnek. Sayılar: Ortalama bakteri ml I 5 standart hasta ile.

MI_1	MI_2	MI_3
225000	35 000	2 00
P 0,05		

TABLO : III — Kontrol grubuna ait kantitatif bakteri değerlerinin idrar örneklerine göre dağılımı.

Hasta grupta idrar örneklerinde üreyen bakteriyel ajan genellikle gram (+) olup bunların da çoğunu stafilokoklar oluşturuyordu (Tablo: 4).

Bakteri cinsi	MI_1	MI_2	MI_3
Stafilokok	10	12	11
Miks	4	3	4

TABLO : 4 — Prostatitli grupta idrar örneklerinde üreyen bakteri ajanının görülme sıklığı

Kontrol grubunda bakteriyel ajanlarının durumu şöyle idi (Tablo: 5).

Bakteri Cinsi	MI_1	MI_2	MI_3
Stafilokok	5	5	5
Gram (—) basil veya diplokok	3	3	3
Miks	2	2	2

TABLO : 5 — Kontrol grubunda idrar örneklerinde üreyen bakteri cinsinin görülme sıklığı.

Tartışma :

Kronik prostatit son derece değişken semptomatolojiye sahiptir (2). Üretral semptomlar içinde üretral akıntı sıktır. Posteriyor üretranın tutulması halinde pollakiüri, urgency, dizüri, niktüri gibi yakınmalar da artar. Yayılma ağrısı içinde en çok alt bel ağrısı, perine ve suprapubik bölgede, kasık ve testiste ağrılar bulunur. Hastalarda değişik derecelerde libido ve potenste azalma veya kaybolma, prematüre, ağrılı, kanlı ejekülasyon gibi seksüel rahatsızlıklar da sık ratlanılmaktadır (1,2,3,7).

Bu semptomlar diğer nonbakteriyal ve spesifik prostatitlerde de bulunduğundan salt kronik bakteriyel prostatite özgü semptomlar yoktur denilebilir.

Uyguladığımız lokalizasyon yönteminde **Meares**'in metodundan farklı olarak prostat sekresyonun kantitatif kültürünü yapmadık. Zira **Meares** (6) ve **Drach** (3) ın da belirttiği gibi prostat sekresyonu her zaman alınmayabilir ve bu takdirde masaj sonrası alınan son idrar örneği (bizim M3 uyar) nin alınması bakteri sayısı prostat sekresyonunun bakteri sayısına yakın bir benzerlik gösterdiği için yeterli gözükmektedir. Diğer taraftan prostat sekresyonunu kantitatif kültür tayininde bazı teknik güçlüklerle karşılaşılmaktadır.

Prostat sıvısında az sayıda bakteri üremesinin hastalığın belirtisi sayılabileceğini ve bu bakımdan prostatın enfeksiyonunda 10^5 den fazla bakteri kriterine bağlı kalınmaması gerektiği bildirilmiştir (7,3).

Pratik olarak prostat sıvısının ya da masaj sonrası idrar örnekleri bakteri sayısının 1 ve 2 nolu idrar numunelerindeki bakteri sayısından % 40 kadar fazla salgılanması prostatit olarak kabul edilebilir (3).

Nitekim (Tablo: 3) te de gösterildiği gibi prostatitli olgularımızda bu fark prostatit lehine istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur.

Bazı otörler ise kesin prostat tanısı için prostat ifrazı ya da postprostatik spermanın bakteri sayısının diğer idrar örneklerinden yüksek olmasının yanı sıra prostat sıvısının her büyük mikroskop sahasında 1 veya daha fazla lökosit hücresi, küme lökosit ve lesitin cisimciklerinin kaybolmasını kriter olarak kabul ederler. Buna karşılık prostatit semptomları ile prostatın muayenesinde hassas ödemli bulunmasının zorunlu kriter olmadığını belirtmiştir (4,8,11). Bulgularımızda aldığımız benzer sonuçlar da bunu doğrulamaktadır.

Bakteriyel prostatitte sıklıkla Gram (—) bakterilerin ürediği bildirilmiş ise de (9,5) bunun deri ya da üretrada bulunabilenlerden patojenite bakımından ayırt edilmesi gerekir denilmektedir (1,7). Bazı araştırmacılar ise Gram (+) bakteriler özellikle stafilokokus tesbit etmişlerdir (2,3,7). Ayrıca Gram (+) prostatitlerin nadiren üriner enfeksiona sebep olması (11) bizim serimizdeki olguların hiçbirinde üriner enfeksiyon bulunmamasını açıklar.

Çalışmamızda prostatitli grupla ilk idrar örneği ile masaj sonrası idrar örneklerinde üreyen patolojik ajan türü bakımından tam bir korelasyon mevcuttur. Bu da kronik bakteriyel prostatitlerde ilk idrar örneğinin kültürü ile takibi tedavide pratik bir yöntem sayılabileceği düşünülebilir.

ÖZET

Bakteriyolojik lokalizasyon yöntemi ile teşhis edilen 15 kronik bakteriyel prostatitli olgu takdim ediliyor.

Bu çalışmada prostat sekresyonun mikroskopik bulgusu ile beraber postprostatik idrar örneğinin bakteri sayısı en önemli teşhis kriterleri olarak görülmektedir.

SUMMARY

The Diagnosis of Bacterial Prostatitis

Fifteen patients with chronic bacterial prostatitis diagnosed by the method of bacteriological localisiation are presented.

In this study the microscopic finding of prostatik fluid specimen along with the number of bacteria in postprostatic specimen seem to be the most important diagnostic criteria.

KAYNAKLAR

1 — **Blacklock, N. J. and Reeves, D. S.** : Chronic Prostatitis. Or: Med. J. 3:351, 1972

2 — **Campbell, M. F.** : Urology, Thirdt Edition Vol. I. Phil. W. B. Saunders 1970: 560-570.

3 — **Drach, G. W.** : Problems in Diagnosis of Bacterial Prostatitis: Gram negative, Gram Positive and Mixed Infections. J. Urol. III: 630, 1974.
4 — **Jameson, R. M.** : Sol Activity and The Variations of The White Cell Content of The Prostatic Secretion. Invest. Ürol., 5: 297-1967.
5 — **Maged, Z., and Khafaga, H.** : Bacteriological and Serological Study of Chromic Prostatitis Patients. Br. J. Vener. Dis., 4,: 202, 1965.
6 — **Neares, E. M., Jr.,** and **Stamey, T. A.** : Bacteriological Localization Patterns in Bacterial Prostatitis and Urethritis. Invest. Urol., 5: 492 1968.
7 — **Meares, E. M., Jr.** and **Stamey, T. A.** : The Diagnosisand Mangcement of Bacterial Prostatitis. Br. J. Urol., 44:175, 1972.
8 — **Messent, J. J.** : Association of Threadsin The Uriner With Non-Gonococca/ Urethritis and Prostatitis Br. J.. Vener. Dis., 46:469, 1970.
9 — **Nickel, A. C.** : The Bacteriology of Chronic Prostatitis and Seminal Vesiculitis and Elective Localization of The Bacteria as Isolated. J. Urol. 24:343, 1930.
10 — **Schidt, J. L., and Patterson, M. C.** : Needle Biopsy Study of Chronic Prostatitis. J. Ürol, 96:519, 1966.
11 — **Tannenbaum, M.** : Urologic Pathology The Prostate. Lea and Febiger. Philadelphia. 1977, 7:157, 170.