

Prostatiti croniche: attuali considerazioni diagnostiche e terapeutiche

Introduzione

Le prostatiti sembrano rappresentare l'1% delle visite di un **medico** di famiglia e l'8% delle valutazioni cliniche di un urologo o un andrologo. Il 10% degli **maschi adulti** sembra essere interessato, nel corso della loro vita, da una tale patologia.

La prostatite, specialmente nelle sue forme croniche, è sicuramente una patologia molto diffusa tra gli uomini e generalmente tende ad essere più presente con l'avanzare dell'età.

La qualità della vita di questi uomini può diventare a volte drammaticamente negativa come quella che caratterizza i pazienti con un infarto cardiaco, una angina instabile o un morbo di Crohn attivo.

La valutazione clinica di una prostatite cronica comprende i sintomi, generalmente complessi e vari, alcuni parametri infiammatori, primi tra tutti la presenza di leucociti o globuli bianchi, e la eventuale presenza di batteri o microrganismi vari nel liquido seminale o nel secreto prostatico.

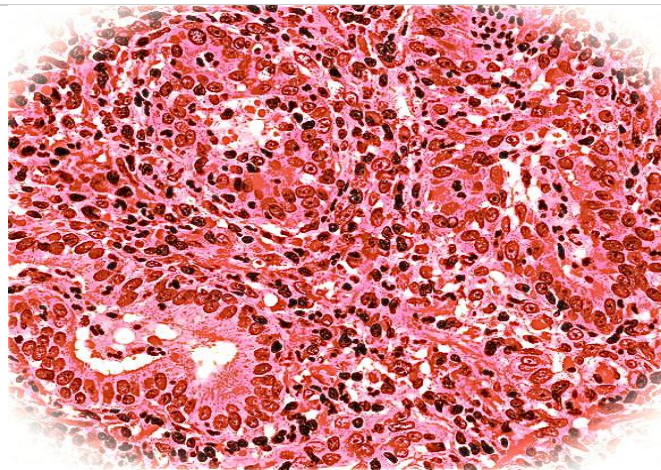


Immagine istologica di una prostatite

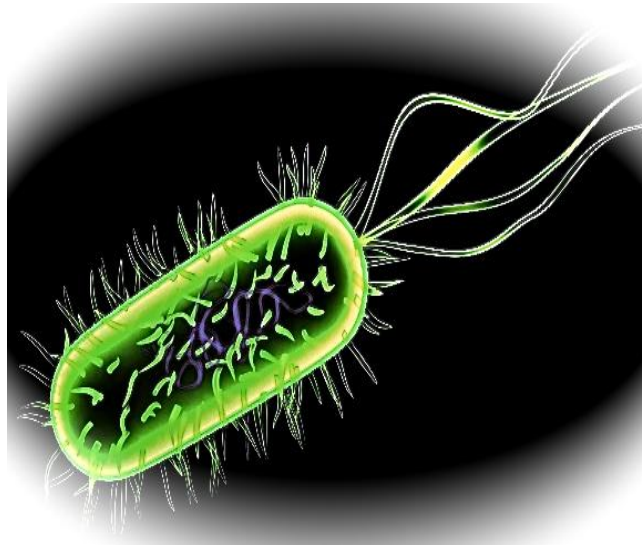
Diciamo subito che in circa il 95% dei casi questi microrganismi, che possono essere patogeni, far parte della flora fecale o essere saprofiti non si riesce ad isolarli e ad individuarli.

Queste forme di prostatiti con sintomi, senza microrganismi rilevati, sono state indicate, in un recente passato, come prostatiti croniche abatteriche o **prostatodinie**.

Classificazione attuale e possibili cause da considerare

Da alcuni anni si cerca di utilizzare una nuova classificazione, validata **dall'International Prostatitis Collaborative Network (IPCN)** che prova a conciliare alcuni aspetti della ricerca con la pratica clinica quotidiana. In quest'ottica è stato proposto questo diverso ordine di classificazione clinica:

a) **prostatite batterica acuta (categoria I)** che presenta sintomi e segnali di un'infezione acuta del tratto uro-genitale e quindi **desiderio** frequente alla minzione (pollachiuria), urgenza ed in alcuni casi febbre, malessere generale e dolori muscolari che spesso suggeriscono una infezione sistemica. E' presente generalmente piuria, cioè batteri patogeni nelle urine, e spesso l'Escherichia Coli la fa da padrona;



Escherichia Coli

b) **prostatite batterica cronica (categoria II)** che è associata ad episodi ricorrenti di **infezioni** delle vie uro-genitali (UTI) causate dagli stessi microrganismi (batteri gram-negativi, enterococchi oppure ancora l'Escherichia Coli). Questa è un'infezione ben definita della ghiandola prostatica con colture positive del secreto prostatico, delle urine dopo massaggio e spesso è associata anche alla presenza di batteri nel liquido seminale, **epididimite** con pH e volume del secreto prostatico aumentati.

Le prostatiti batteriche, acute o croniche, non sono patologie comuni.

In uno studio epidemiologico tedesco del 1995 è stato rilevato che solo nel 7% dei casi, valutati per sintomi e considerati come una prostatite cronica, presentavano una valutazione colturale positiva;

c) **prostatite cronica abatterica, associata a sindrome dolorosa pelvica cronica (categoria III)**, in inglese CPPS (Chronic Pelvic Pain Syndrome), è un'inflammatione cronica della prostata non dovuta a batteri e dove altre patologie possono essere determinanti nello scatenare i sintomi lamentati. Questa situazione clinica interessa il 90-95% degli uomini che lamentano una prostatite cronica e che non hanno un'uretrite acuta, un tumore o altre patologie delle vie urinarie, come una stenosi uretrale funzionalmente significativa o una neuropatia che interessi la vescica. In questi pazienti i globuli bianchi possono essere presenti nel secreto prostatico, nelle urine dopo massaggio e nel liquido seminale (categoria III a) mentre, se non ci sono segni d'inflammatione, si parla allora di categoria III b; queste sottocategorie hanno in realtà un'utilità molto limitata nella corrente pratica clinica;

d) **prostatite asintomatica (categoria IV)** viene diagnosticata accidentalmente quando vi è una chiara evidenza di inflammatione ed infezione della ghiandola in assenza però di sintomi e/o di una storia clinica evidente. Questa categoria è presente nel 95% degli uomini con **ipertrofia prostatica benigna**, nel 90% dei casi di **tumore della prostata** e nel 40% dei **maschi infertili** e viene diagnosticata per caso solo durante le varie indagini, fatte per questi specifici e particolari problemi clinici.

Le possibili cause di una prostatite cronica non batterica sono numerose come ad esempio problemi anatomici che alterano il normale svuotamento della vescica (**dissinergia a livello del collo della vescica** o altre cause che alzano la pressione durante lo svuotamento).

E' stata anche postulata un'eziologia legata a microrganismi, come **Lattobacilli**, **Difteroidi** e alcuni **Corynebacteri**, che non sono generalmente considerati patogeni a livello della prostata ma spesso presenti nelle prostatiti di categoria IIIa.

Ancora **Stafilococchi coagulasi negativi**, alcune specie di **Chlamydia**, **Ureaplasma** e **Anaerobi** vari sono stati localizzati a livello della ghiandola prostatica ma ancora non sappiamo se sono **microrganismi saprofiti**, "innocenti" oppure capaci di scatenare l'inflammazione.

Altre spiegazioni più complesse prevedono meccanismi di tipo **autoimmune**, **chimico** (ad esempio reflusso nei dotti prostatici di urati e mucoproteine), **neurologico**.

La diagnosi clinica di una prostatite cronica è generalmente postulata dopo tre mesi di sintomi dolorosi a livello dell'apparato uro-genitale.

Il "gold standard" per la diagnosi è il **test di Meares e Stamey**, cioè la valutazione colturale e citologica sulle urine prima e dopo massaggio della prostata e dello stesso secreto prostatico ed eventualmente anche una valutazione colturale sul liquido seminale, questa può essere una procedura complessa e costosa e spesso ci si limita alla valutazione delle urine pre e post massaggio o della semplice spermiocoltura.

La diagnosi di prostatite cronica batterica (categoria II) si può fare se i campioni di urina prima e dopo massaggio prostatico mostrano un aumento significativo della carica batterica dopo il massaggio.

Strategie terapeutiche

Nella **prostatite batterica acuta (categoria I)** è importante identificare prontamente il microrganismo che scatena l'inflammazione e debellarlo utilizzando, quando possibile, degli **antibiotici** mirati ed indicati dall'antibiogramma.

Nella **prostatite batterica cronica (categoria II)** l'infezione è causata generalmente dall'Escherichia Coli ed è associata ad una infezione del tratto urinario e spermiocoltura positiva; questa infezione deve essere trattata con **antibiotici**.

In questi casi l'obiettivo della terapia è di eliminare il microrganismo patogeno, normalizzare i parametri infiammatori, e risolvere i sintomi. Una vasta letteratura supporta l'uso soprattutto dei **Flurochinolonici**, come la **Ciprofloxacina**, che possiedono delle proprietà farmacocinetiche molto favorevoli, come una buona biodisponibilità, una capacità elevata di penetrare nella prostata ed un'attività simile tra le formulazioni orali e quelle parenterali (intramuscolario endovenose). Anche la **Norfloxacina** e l'**Ofloxacina** hanno comunque un'attività farmacocinetica e risultati clinici molto simili a quelli ottenuti con la Ciprofloxacina.

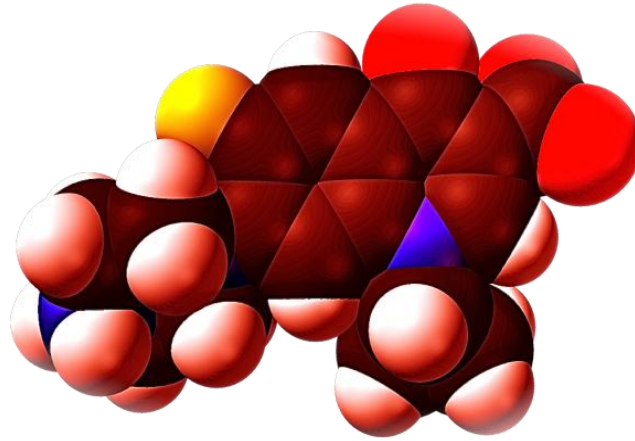


Immagine tridimensionale della molecola di Ciprofloxacina

Nella **prostatite cronica abatterica (categoria III)** è diventata ormai una prassi consolidata l'uso, almeno come primo tentativo, di antibiotici; l'urologo comunque dovrebbe sempre, quando possibile, puntare su una terapia mirata e specifica.

Gli antibiotici possono essere somministrati anche per via intravenosa ma le strategie terapeutiche più utilizzate sono quelle per via orale che, nella maggior parte dei casi, hanno una durata di 4-12 settimane; questo aspetto della terapia, cioè l'uso massiccio e prolungato di antibiotici, a volte non mirati, è una strategia ancora non completamente accettata da tutte le scuole urologiche e recentemente qualche criticità in questo senso è stata sollevata. La completa risoluzione dell'inflammazione, bisogna ricordarlo, non sempre è associata alla scomparsa dei sintomi fastidiosi lamentati dai pazienti.

I **Fluorochinolonici** sono comunque considerati, dalla maggior parte degli urologi, la terapia ottimale e una profilassi con antibiotici viene spesso indicata nelle problematiche recidivanti e ricorrenti. Molti lavori indicano come il 40-50% dei pazienti in categoria III e CPPS risponde bene agli antibiotici e in questi casi un ciclo di 2 a 4 settimane è raccomandato anche dall'**European Consensus Group on Prostatitis**; il perché di queste risposte positive è ancora da spiegare e questo è un altro elemento critico legato alla terapia con antibiotici; il massaggio prostatico nelle CPPS sembra aumentare in alcuni casi l'efficacia dell'antibiotico terapia.

In questa categoria di pazienti gli **alfa-litici** possono avere una loro indicazione e, fra questi, la **Fenossibenzamina** (non facilmente disponibile in Italia) sembra mostrare una particolare efficacia ma presenta importanti e frequenti effetti collaterali soprattutto legati ad un problema ipotensivo (la pressione arteriosa si abbassa); comunque anche altri farmaci alfa-litici più selettivi, come la **Tamsulosina**, la **Terazosina** e la **Doxazosina**, possono essere utilizzati con buoni risultati.

Studi clinici su pochi pazienti (categoria III con CPPS) hanno mostrato come la **Finasteride** o alcune **Fitoterapie** siano più efficaci del placebo.

Il **Pentosano polisolfato**, a volte utile nel trattare anche una cistite interstiziale, sembra alleviare i sintomi così come la **termoterapia transuretrale a microonde**, quest'ultima metodica, in voga nei primi anni del nuovo secolo, comunque presenta molti aspetti discutibili e non è da tutti gli urologi indicata ed accettata; vedi costi e risultati non sempre significativi.

Le **strategie chirurgiche** sono invece sconsigliate a meno che non ci sia un'indicazione specifica (ad esempio un'ostruzione del collo vescicale).

Numerosi studi indicano come l'uso di alfa-litici, analgesici, **miorilassanti** (come il **Diazepam**), **biofeedback**, **terapie fisiche**, **cambi di stili di vita** migliorano i sintomi in molti di questi pazienti.

Nella **prostatite asintomatica (categoria IV)** nessun intervento chirurgico o terapia è indicato se non quelli riferiti ad una possibile prostatopatia (ad esempio **PSA** mosso), ad un'infertilità o sia indicata, per altri motivi, una **indagine** o una **terapia endoscopica**; in questi casi è raccomandata sempre una **profilassi antibiotica**.