

Bölüm 16

PROSTATİT, ORŞİT, EPİDİDİMİTE YAKLAŞIM Ve YÖNETİM

Cemil AYDIN¹

Muhammet YAYTOKGİL²

GİRİŞ

Prostatit, prostat bezinin inflamasyonu olarak tanımlanır (1). Benign bir patoloji olan prostatit sık görülmesi ve yaşam kalitesini bozması nedeniyle önem teşkil etmektedir. Prostatitler 50 yaş altında en sık, 50 yaş üzerinde ise benign prostat hiperplazisi (BPH) ve prostat kanseri ile birlikte üçüncü sıklıkta tanı konulan üriner sistem hastalığıdır. Prostatitin nedenleri, tedavi seçenekleri ve etiopatogenezi halen tartışmalı olup ancak hastaların %5-10'unda etken patojen tespit edilebilmektedir. Erkeklerin yaşam boyu %35-50 arasında prostatite yakalanma riski vardır. Prostatit insidansı %2,2-9,7 arasında değişmektedir ve otopsi serilerinde bilinen prostat hastalığı olmayanlarda %44 oranında prostatit saptandığı bildirilmiştir. Prostatitler, 1998 yılında Ulusal Sağlık Enstitüsü tarafından (NIH) 4 tüp testi esas alınarak yeniden sınıflandırılmıştır (Tablo 1) (2). Bu testte 1. tüpe ilk 10 cc'lik idrar alınırken, 200 cc idrar yapımı sonrası alınan 10 cc'lik idrar 2. tüpü, yaklaşık 1 dakika süren prostat masajı sonrası alınan prostat sekresyonu 3. tüpü ve en son alınan 10 cc'lik idrarda 4. tüpü oluşturmaktadır. Bu testte, 1. kap üretra, 2. kap mesane ve 3. ile 4. kap ise prostat bezine karşılık gelmektedir. Günlük pratikte ürologların sadece %4'ünün her hastada dört kap testini uyguladığı bildirilmiştir. Bu nedenle Nickel tarafından 1997 yılında 2 kap testi yaygın olarak kullanılmaya başlamıştır (3). Bu testte, prostat masajı öncesi orta akım idrarı ve prostat masajı sonrası ilk 10 cc'lik idrar değerlendirilir. Basit, ucuz, günlük pratikte kolay uygulanan bir test olup %91 özgüllük ve duyarlılığa sahiptir.

TABLO 1. NIH sınıflaması

Tip 1	Prostatın akut enfeksiyonu
Tip 2	Prostatın kronik bakteriyel enfeksiyonu
Tip 3	Kronik pelvik ağrı sendromu (KPAS): Standart yöntemlerle prostat içinde üropatojen bir bakteri olmadan kronik ürogenital ağrı olması
Tip 3A (İnflamatuvar)	Prostat masajı sonrası idrar sedimentinde, semende ya da prostat sekresyonunda belirgin lökosit (>10) bulunmasıdır.
Tip 3B (non- inflamatuvar)	Prostat masajı sonrası prostat sekresyonu, sediment ya da semende önemsiz sayıda lökosit (<10) bulunmasıdır.
Tip 4	Herhangi bir yakınması olmayanlarda infertilite ya da prostat kanseri araştırması için yapılan incelemelerde semende ya da prostatik histolojik örneklerde lökosit veya bakteri bulunmasıdır.

¹ Cemil AYDIN, Doktor Öğretim Üyesi, Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, cemilaydin78@yahoo.com.tr

² Muhammet YAYTOKGİL, Op. Dr., Hitit Üniv. Erol Olçok E.A.H Üroloji, maytokgil@yahoo.com

Ayrıca, ampirik tedaviye, antiinflamatuvar, analjezikler, skrotal elevasyon, soğuk uygulama ve gerekirse sinir blokajı önerilebilmektedir (28). Ampirik tedavi 1-3 gün sonra çıkacak kültür-antibiyoqram ve gram boyama sonuçlarına göre yeniden düzenlenir (35). Tedavi süresi 10-14 gündür, gerekli görülürse 21 güne kadar uzatılabilir. Kronik epididimitlerde ve özellikle patojenin *C. Trachomatis*'in etken olduğu vakalarda uygun antibiyotik tedavisinin 4-6 hafta devam ettirilmesi uygundur (30).

Epididimektomi; tüm konservatif önlemlere rağmen sonuç alınamıyorsa ve hastaya bu operasyon sonucunda ağrısının %50 geçme şansı olduğunu belirterek yapılmalıdır (36).

KAYNAKÇA

1. Benelli A, Hossain H, Pilatz A, Weidner W. Prostatitis and its Management. *Eur Urol Suppl* 2016;16(4):132-7.
2. Krieger JN, Nyberg Jr L, Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis. *JAMA* 1999; 282:236-7.
3. Nickel JC. Alpha-blockers for treatment of the prostatitis syndromes. *Rev Urol*, 7: 1 8, 2005.
4. Musquera-Felip M, Sevilla-Cecilia C, Serral-lach-Orejas M, et al. Acute bacterial prostatitis: two different sub-categories according to a previous manipulation of the lower urinary tract. *World J Urol* 2006;24(1):45-50.
5. Loeb S, van den Heuvel S, Zhu X, Bangma CH, Schroder FH, Roobol MJ. Infectious complications and hospital admissions after prostate biopsy in a European randomized trial. *Eur Urol* 2012;61(6):1110-4.
6. Wagenlehner F, van Oostrum E, Tenke P, Tandogdu Z, Cek M, Grabe M, et al. Infective complications after prostate biopsy: outcome of the Global Prevalence of Infections in Urology (GPIU) prostate biopsy study 2010 and 2011, a prospective, multinational, multicenter study. *Eur Urol* 2013;63(3):521-7.
7. Steensels D, Slabbaert K, De Wever L, Vermeersch P, Van Poppel H, Verhaegen J. Fluoroquinolone-resistant *E. Coli* in intestinal flora of patients undergoing transrectal ultrasound-guided prostate biopsy-should we reassess our practices for antibiotic prophylaxis? *Clin Microbiol Infect* 2012;18(6):575-81.
8. Erdemir F, Parlaktas, BS, Uluocak N. Prostatitlerin Patofizyolojisi, Tanısı, Tedavisi ve Değerlendirilmesindeki Yenilikler, *Üroloji Bülteni*, 18(4): 147-155(2007).
9. Weidner W, Anderson RU. Evaluation of acute and chronic bacterial prostatitis and diagnostic management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome with special reference to infection/inflammation. *International J Antimicrob Agents* 2008; 31:91-5.
10. Yoon BI, Kim S, Han DS, Ha US, Lee SJ, Kim HW, et al. Acute bacterial prostatitis: how to prevent and manage chronic infection? *J Infect Chemother* 2012;18(4):444-50.
11. Alexander RB, Propert KJ, Schaeffer AJ, Landis JR, Nickel JC, O'Leary MP, et al. Ciprofloxacin or tamsulosin in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized, double-blind trial. *Ann Intern Med* 2004;141(8):581-9.
12. Nickel JC, Downey J, Clark J, Casey RW, Pommerville PJ, Barkin J, et al. Levofloxacin for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in men: a randomized placebo-controlled multicenter trial. *Urology* 2003;62(4): 614-7.
13. Kakkas G, Anagnostou T, Melekos M. Ultrasound-guided transrectal placement of a drainage tube as therapeutic management of patients with prostatic abscess. *J Endourol* 2008;22(8):1751-4.
14. MC, Gao SY, Calhoun EA. Incidence and clinical characteristics of National Institutes of Health type III prostatitis in the community. *J Urol* 2005;174(6):2319-22.
15. Mungan MA, Canda AE. Kronik prostatitler. *Türkiye Klinikleri Üroloji Dergisi* 2004; 1:121-30.
16. Nickel JC, Moon T. Chronic bacterial prostatitis: An evolving clinical enigma. *Urology* 2005;66: 2-8.
17. Fowler JE. Antimicrobial therapy for bacterial and nonbacterial prostatitis. *Urology* 2002; 60:24-6.
18. T, Yang JR, et al. Terazosin therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A randomized, placebo controlled trial. *J Urol* 2003; 169:592-6.
19. Nickel JC, Narayan P, McKay J, Doyle C. Treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome with tamsulosin: a randomized double blind trial. *J Urol* 2004; 171:1594-7.
20. Bonkat E, Pickard R, Bartoletti R, Bruyère F, Geerlings SE, Wagenlehner F, et al. Urological Infections. In: *European Association of Urology Guidelines*. 2017 ed. Arnhem, The Netherlands: GLD Grafimedia; 2017.
21. Agarwal MM, Elsi Sy M. Gabapentinoids in pain management in urological chronic pelvic pain syndrome: Gabapentin or pregabalin? *Neurourol Urodyn* 2017;36(8):2028-33.
22. Nickel JC. Prostatitis: evolving management strategies. *Urol Clin North Am* 1999; 26:737-51
23. Krieger JN. Prostatitis, epididymitis and orchitis. In Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. 5th edition. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2000.p. 1243/
24. PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ, eds. *Campbell's Urology*. 8th edition. Philadelphia: WB Saunders; 2002. P. 678-80.
25. Luzzi GA, O'Brein TS. Acute Epididymitis. *BJU Int*. 2001; 87:747-55
26. Özsüt H. Üretrit, prostatit, epididimit ve orşit. Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M(editörler). *İnfeksiyon hastalıkları ve mikrobiyolojisi*. İkinci baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2002.p.1064-70.
27. Lane TM, Hines J. The management of mumps orchitis. *BJU Int* 2006; 97:1-2.
28. The Centers for Disease Control and Prevention, Workowski KA, Berman SM. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. *MMWR Recomm Rep* 2006;55(RR11):1-94
29. Berger RE. Sexually transmitted diseases. In: Walsh PC, Retik AB, Stamey TA, Vaughan ED, eds. *Campbell's Urology* 6th

- edition. United States of America; 1992.p. 823-46.
30. Nickel JC. Epididymitis. In: Rakel RE, Bope Et, editors. Conn's current therapy. Philadelphia: Elsevier; 2005.p. 797-8.
 31. Berger RE, Lee JC. Epididymitis. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ, eds. Campbell's Urology. 8 th edition. Philadelphia: WB Saunders; 2002. P. 678-80.
 32. Höppner W, Strohmeyer T, Hartman Lopez Gamarra D, Dreikorn K. Surgical treatment of acute epididymitis and its underlying diseases. Eur Urol 1992; 22:218-21.
 32. Mernagh JR, Caco C, De Maria J. Testicular torsion revisited. Curr Prob Diagn Radiol 2004; 33:60-73.
 33. Shortliffe Dairiki LM. Urinary tract infections in infants and children. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED Jr, eds, editors. Campbell's urol- ogy. 7th edition. Philadelphia: Saunders; 1998.
 34. Al-Taheini KM, Pike J, Leonard M. Acute epididymitis in children: the role of radiologic studies. Urology 2008; 71:826-9.
 35. EAU Guideline Cep Klavuzu, Ürolojik Enfeksiyonlar Kılavuzu, 2017.p. 239.
 36. Tracy CR, Steers WD, Costabile R. Diagnosis and management of epididymitis. Urol Clin North Am 2008;35(1):101-8.