

## Bölüm 2

### AKUT BAKTERİYEL PROSTATİT

Volkan SELMİ<sup>1</sup>

#### GİRİŞ

Akut bakteriyel prostatit (ABP), esas olarak Gram-negatif bakterilerin sebep olduğu ciddi bir prostat enfeksiyonudur. Etken mikro-organizmalara bakıldığında E. coli, ABP'de karşılaşılan en yaygın patojendir (1). Diğer patojenler arasında Enterobakterler (örneğin, Klebsiella ve Proteus türleri; vakaların %10-30'u), non-fermantatif Gram negatif basiller (örneğin, Pseudomonas türleri; vakaların %5-15'i) ve Enterococcus türleri (%5-10) yer alır. Enfeksiyonlara genellikle tek bir organizma neden olur, ancak bazen iki veya daha fazla organizma neden olabilir. ABP'nin %2,4'ünde karışık kültürler izole edilmiştir. Cinsel açıdan aktif erkeklerde Neisseria gonorrhoeae ve Chlamydia trachomatis etiyolojide düşünülmelidir.

ABP; pato-fizyolojik olarak enfekte idrarın ejakülatör ve prostatik kanallara reflüsü ile karakterizedir ve asendan olarak yayılan üretral enfeksiyon, mesanedeki enfeksiyonun doğrudan, rektumdaki enfeksiyonun lenfatik invazyonu ve hematojen yayılım yoluyla prostat dokusuna ulaşması inflamasyona sebep olmaktadır. ABP'li birçok hastada net bir risk faktörü olmamasına rağmen, ürogenital enfeksiyonlara zemin hazırlayan altta yatan fonksiyonel veya anatomik anomaliler prostatit gelişimini etkileyebilir. Kronik kalıcı mesane kateterizasyonu, aralıklı mesane kateterizasyonu, ürodinamik çalışma, transüretral cerrahi ve transrektal prostat biyopsisi (TRPB) dahil alt üriner sistemin önceden manipülasyonu predispozan faktörler olabilir. Transrektal prostat biyopsisi, antibiyotik profilaksisi gibi önlemlere rağmen ABP riskini artırmaktadır. ABP açısından yüksek risk altında olan hasta popülasyonu arasında diyabet, siroz ve bağışıklık sistemi baskılanmış olanlar yer alır.

Doğrulanmış veya şüphelenilen bakteriyel prostatit ile Kronik Pelvik Ağrı Sendromu (KPAS) ayırıcı tanısı yapılırken Ulusal Diyabet, Sindirim ve Böbrek

<sup>1</sup> Doç. Dr., Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD, volkanselmi@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0003-2605-9935

uygulanabilmektedir. Apsenin prostat kapsülünü aştığı veya levator ani kasını deldiği durumlarda transperineal insizyon ve drenaj düşünülmelidir.

Her ne kadar transüretral ve perineal drenaj bir zamanlar cerrahi drenajın temel dayanakları olsa da transüretral drenajla ilişkili potansiyel morbiditeyi önleyebilecek tedavi yöntemi olarak transrektal ultrason kılavuzluğunda prostat apselerinin aspirasyonu giderek daha fazla kullanılmaktadır. Küçük abselerde hastalar suprapubik kateter yerleştirilmesiyle birlikte antibiyotik ajanların uygulanmasıyla konservatif olarak tedavi edilebilir.

Tedavi sonrası asemptomatik hastalarda rutin idrar tahlili ve/veya idrar kültürü zorunlu değildir; çünkü semptomların kesilmesi dışında bakteriyel prostatitin tedavi olduğunu kesinleştirecek valide edilmiş bir test bulunmamaktadır. Kalıcı semptomları olan ve cinsel yolla bulaşan patojenler için tekrarlayan pozitif mikrobiyolojik sonuçları olan hastalarda, hastanın partnerinin/eşlerinin mikrobiyolojik taraması önerilir. Antibiyotik tedavileri daha uzun süreli, daha yüksek dozda ve/veya farklı bileşiklerle tekrarlanabilir.

## KAYNAKÇA

1. Schneider H, Ludwig M, Hossain HM, Diemer T, Weidner W. The 2001 Giessen Cohort Study on patients with prostatitis syndrome--an evaluation of inflammatory status and search for microorganisms 10 years after a first analysis. *Andrologia*. 2003;35(5):258-262.
2. Doble A, Carter SS. Ultrasonographic findings in prostatitis. *Urol Clin North Am*. 1989;16(4):763-772.
3. Lipsky BA, Byren I, Hoey CT. Treatment of bacterial prostatitis. *Clin Infect Dis*. 2010;50(12):1641-1652. doi: 10.1086/652861.
4. Zegarra Montes LZ, Sanchez Mejia AA, Loza Munarriz CA, Gutierrez EC. Semen and urine culture in the diagnosis of chronic bacterial prostatitis. *Int Braz J Urol*. 2008;34(1):30-37, discussion 38-40. doi: 10.1590/s1677-55382008000100006.
5. Budia A, Luis Palmero J, Broseta E, et al. Value of semen culture in the diagnosis of chronic bacterial prostatitis: a simplified method. *Scand J Urol Nephrol*. 2006;40(4):326-331. doi: 10.1080/00365590600748247.
6. Meares EM, Stamey TA. Bacteriologic localization patterns in bacterial prostatitis and urethritis. *Invest Urol*. 1968;5(5):492-518.
7. Nickel JC, Shoskes D, Wang Y, et al. How does the pre-massage and post-massage 2-glass test compare to the Meares-Stamey 4-glass test in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome? *J Urol*. 2006;176(1):119-124. doi: 10.1016/S0022-5347(06)00498-8.
8. Centers for Disease C, Prevention. Recommendations for the laboratory-based detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae--2014. *MMWR Recomm Rep*. 2014;63(RR-02):1-19.
9. Schaeffer AJ, Wu SC, Tennenberg AM, Kahn JB. Treatment of chronic bacterial prostatitis with levofloxacin and ciprofloxacin lowers serum prostate specific antigen. *J*

## Güncel Üroloji Çalışmaları IV

- Urol.* 2005;174(1):161-164. doi: 10.1097/01.ju.0000162017.24965.2b.
10. Polascik TJ, Oesterling JE, Partin AW. Prostate specific antigen: a decade of discovery--what we have learned and where we are going. *J Urol.* 1999;162(2):293-306. doi: 10.1016/s0022-5347(05)68543-6.
  11. Hua LX, Zhang JX, Wu HF, et al. [The diagnosis and treatment of acute prostatitis: report of 35 cases]. *Zhonghua Nan Ke Xue.* 2005;11(12):897-899.
  12. Yoon BI, Kim S, Han DS, et al. Acute bacterial prostatitis: how to prevent and manage chronic infection? *J Infect Chemother.* 2012;18(4):444-450. doi: 10.1007/s10156-011-0350-y.
  13. Ludwig M, Schroeder-Printzen I, Schiefer HG, Weidner W. Diagnosis and therapeutic management of 18 patients with prostatic abscess. *Urology.* 1999;53(2):340-345. doi: 10.1016/s0090-4295(98)00503-2.
  14. Chou YH, Tiu CM, Liu JY, et al. Prostatic abscess: transrectal color Doppler ultrasonic diagnosis and minimally invasive therapeutic management. *Ultrasound Med Biol.* 2004;30(6):719-724. doi: 10.1016/j.ultrasmedbio.2004.03.014.