

Krankheitsbild Prostatitis

Diagnostische und therapeutische Fortschritte

Joachim Schnierstein und Michael Niedertzoll

Aus der Urologischen Abteilung

(Leitender Arzt: Oberstarzt Dr. med. Joachim Schnierstein)
des Bundeswehr-Zentralkrankenhauses Koblenz

Die Prostatitis ist eine häufige Erkrankung im Mannesalter zwischen 18 und etwa 40 Jahren. Es wird angenommen, daß etwa 30% aller Männer während dieses Alterszeitraumes diese Erkrankung durchmachen. Bemerkenswert ist es, daß die Diagnose Prostatitis viel zu häufig gestellt wird. Eine der Ursachen ist in der vielfältigen Symptomatik zu suchen, die nicht nur bei der echten Prostatitis, sondern auch bei zahlreichen anderen Erkrankungen oder Funktionsstörungen im Urogenitalbereich zu finden ist.

Schwierigkeiten der Diagnostik, die daraus resultierenden therapeutischen Mißerfolge infolge falscher Beurteilung und die eigentümlichen häufigen psycho-sexuellen Reaktionen dieser Patienten haben jahrzehntelang zu einer lebhaften Diskussion dieses Krankheitsbildes beigetragen. In den letzten Jahren haben sich einige wesentliche Fortschritte in der Prostatitis-Diagnostik ergeben. Auf Grund zahlreicher Beobachtungen und eigener Untersuchungen kamen wir zu dem Resultat, daß sich in der Praxis unter der Sammeldiagnose „Chronische Prostatitis“ die in Darstellung 1 wiedergegebenen Krankheitsbilder oder Symptomenkomplexe verbergen können. Die Fortschritte in der Differentialdiagnostik der Prostatitis wurden in den letzten Jahren durch neue verfeinerte bakteriologische und immunologische Labormethoden erreicht (Kulturen auf Trichomonaden, Mykoplasmen, Pilze; Ejakulat-

immunelektrophorese). Durch perineale Stanzbiopsie läßt sich heute in palpatorisch unklaren Fällen eine histologische und bakteriologische Diagnose sichern. Von dieser Methode sollte jedoch nur der Facharzt Gebrauch machen, da Indikationsstellung und Untersuchungstechnik größere Erfahrungen voraussetzen.

Die topographisch-anatomischen Beziehungen der Prostata und der sogenannten männlichen Adnexe zu den ableitenden Harnwegen haben zu der treffenden Bezeichnung *Urogenitales Grenzgebiet* (Darstellung 2) geführt. An der Kreuzungsstelle zwischen harn- und samenableitenden Wegen, der hinteren Harnröhre mit dem Colliculus, kann es zu Ödembildung, Kongestion und Sekretstauung im Prostatabereich kommen. Die echte, bakteriell bedingte Prostatitis ist selten auf die Prostata allein beschränkt. Oft handelt es sich um eine Mitbeteiligung der hinteren Harnröhre (Urethroprostatitis). Meist sind die Samenblasen, gelegentlich die Nebenhoden, seltener die Cowper'schen Drüsen beteiligt. Die Bezeichnung männliche Adnexitis oder Prostatovesikulitis wäre richtiger. Der Krankheitsbegriff Prostatitis ist aber so verbreitet und bewährt, daß er auch hier beibehalten werden soll.

Akute Prostatitis

Die akute Prostatitis stellt ein Krankheitsbild mit eindeutiger

Durch Erweiterung des bakteriologischen Untersuchungsspektrums des Prostatasekretes auf Mykoplasmen, Pilze und Trichomonaden und Einführung der Ejakulat-Immunelektrophorese sind wesentliche diagnostische Fortschritte erzielt worden. Perineale Stanzbiopsie der Prostata ermöglicht durch histologische und bakteriologische Untersuchung des Prostatagewebes eine eindeutige Diagnose. Die große Patientenzahl mit vegetativem Urogenitalsyndrom und mit Neurosen verdient besondere Beachtung. Die transurethrale Elektroresektion stellt eine erfolgreiche Heilmaßnahme bei chronischer therapieresistenter Prostatitis dar.

Symptomatik dar und führt kaum zu differentialdiagnostischen Schwierigkeiten (Darstellung 3). Fast immer ist eine urethrogen-ascendierende Infektion die Ursache. Bei den seltenen abakteriellen Fällen kommen schwer nachweisbare Virusinfekte in Frage. Die akute Prostatitis geht meist mit Temperaturerhöhungen einher. Die Miktionsbeschwerden (Dysurie und Strangurie) sind oft erheblich. Die Patienten machen einen schwerkranken Eindruck.

Folgende diagnostische Kriterien sind am wichtigsten: Rektalbefund (Prostata meist mäßig vergrößert, oft asymmetrisch entwickelt). Typisch ist die Konsistenzvermehrung, die als Induration, gelegentlich verbunden mit Fluktuation oder Kongestion imponiert. Bei Rektalpalpation der akut entzündeten Prostata werden von Patienten stärkere Schmerzen angegeben). Das Prostatasekret (Exprimat, sprachlich richtiger: Expressat) ist in der Regel vermehrt und von trübem Aussehen. Im Nativpräparat des Prostatasekretes finden sich meist

Prostatitis

massenhaft Granulozyten (Leukozyten, Lymphozyten und Plasmazellen). Nicht selten kommt es bei einer akuten Prostatitis zu einer Verlegung der Drüsenausführungsgänge, weshalb sich in diesen Fällen kein Sekret gewinnen läßt. Findet sich Prostatasekret, sollte eine sofortige Kulturuntersuchung durch Verimpfen auf eine Kulturplatte vorgenommen werden. Gelingt dies nicht, ist eine Urinkultur nach durchgeführter Rektaluntersuchung angezeigt.

Die Therapie der akuten Prostatitis verlangt Bettruhe. Bei der medikamentösen Behandlung ist bereits vor Eintreffen des Antibiotogrammes die Anwendung eines Breitband-Antibiotikums angezeigt. Bewährt haben sich dabei Ampicilline in hohen Dosen sowie Tetrazyklinpräparate. Zusätzliche lokale rektale Anwendungen von Antiphlogistika (zum Beispiel Butazonderivate) unterstützen die Behandlung.

Die akuten entzündlichen Erscheinungen und Beschwerden klingen in der Regel nach sieben Tagen ab, der Lokalbefund nebst Leukozytenvermehrung im Prostatasekret kann oft wochenlang unverändert bestehen bleiben.

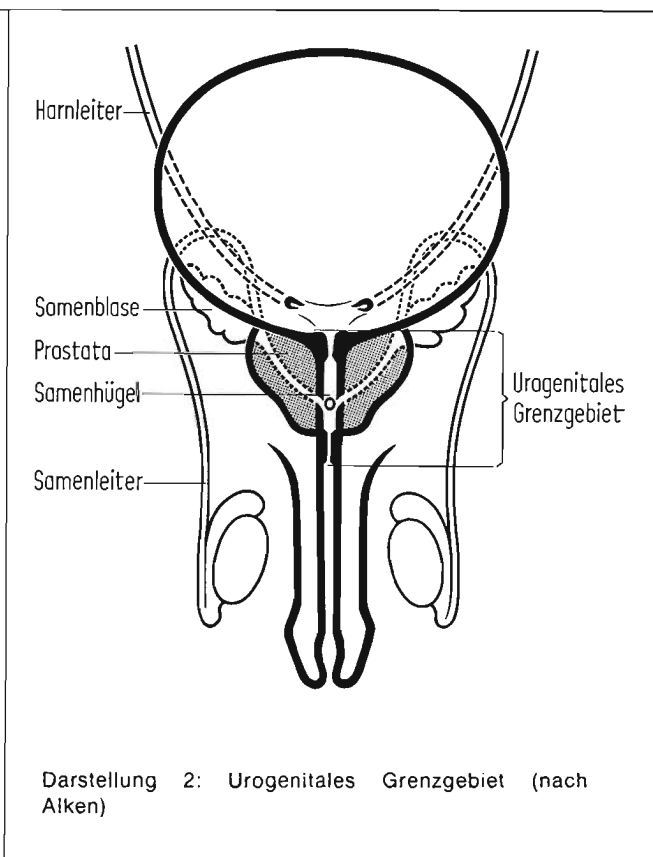
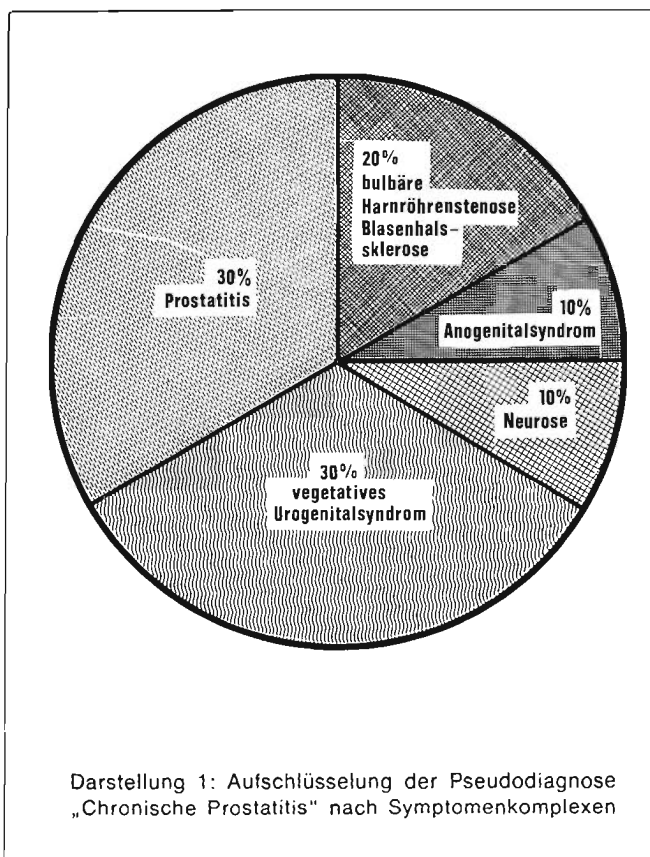
Chronische Prostatitis

Während unter der heutigen antibiotischen Behandlung ein Teil der Fälle mit akuter Prostatitis ausheilen kann, kommt es andererseits aber auch oft zu einem Übergang in eine chronische Verlaufsform. Auch als Folge früherer instrumenteller Untersuchungen (zum Beispiel Katheterismus, Zystoskopie, Schlingenextraktion von Harnleitersteinen usw.) kann es nach subjektiv symptomlosem Intervall zur Manifestation einer chronischen Prostatitis kommen. Diese macht nicht immer subjektive Beschwerden. In der Regel finden sich jedoch die in Darstellung 4 wiedergegebenen.

Die Diagnostik stützt sich im wesentlichen auf Rektalbefund (unregelmäßige Konsistenzveränderungen, eventuell Vergrößerung der Prostata), natives Prostatasekret (Leukozytenvermehrung über 20 pro Gesichtsfeld), Prostatasekretkultur (auf spezielle Blutagar-Platte, Uricult oder ähnliches). Gegebenenfalls kann nach erfolgter Rektaluntersuchung Urinkultur erfolgen (Darstellungen 5 und 6).

Zur erweiterten Diagnostik zählen bei fachärztlicher Untersuchung die Ejakulatimmunelektrophorese, Stanzbiopsie, Uroflow (Harnflußmessung) und Urethrozystoskopie.

Die Ejakulatimmunelektrophorese zeigte bei entzündlichen männlichen Adnexerkrankungen eine signifikante Erhöhung des Komplement C 3 c und des Zärculoplasmins gegenüber nicht entzündlichen Erkrankungen (2). Uroflowmetrie und Urethrozystoskopie decken erst die



Darstellung 2: Urogenitales Grenzgebiet (nach Aiken)

Prostatitis

relativ häufigen Folgezustände nach chronischer Prostatitis – Sphinktersklerose und Blasenhalstarre – auf. Außerdem wird gelegentlich eine bulbäre Harnröhrenstenose festgestellt, die Ursache der prostatitischen Beschwerden sein kann (3).

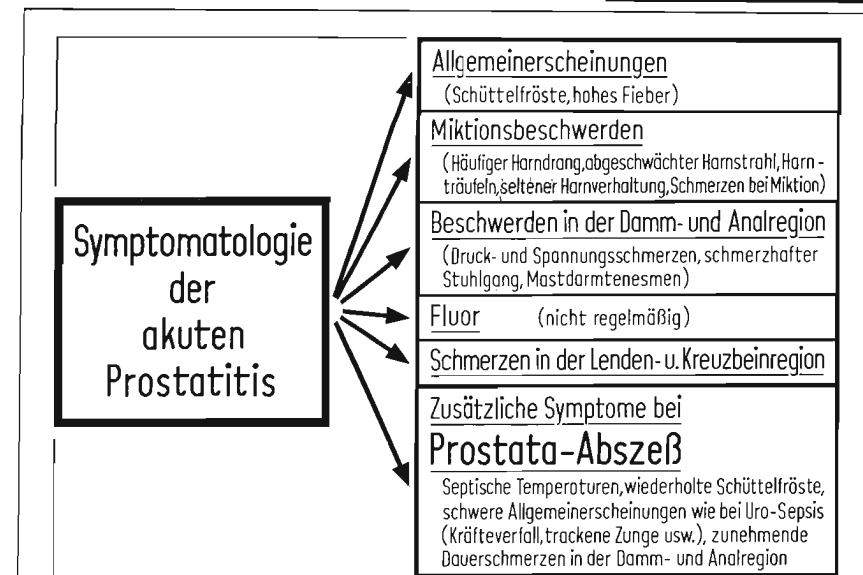
Die medikamentöse Therapie sollte gezielt antibiotisch unter strenger Berücksichtigung des Antibiotogrammes erfolgen. Leider muß festgestellt werden, daß infolge unvollkommener Diagnostik viel zu häufig ein iatrogen verursachter Medikamentenmißbrauch in Fällen erfolgt, wo Antibiotika sinn- und wirkungslos sind.

Weitere therapeutische Fortschritte sind durch neue Behandlungsmethoden, wie zum Beispiel die transurethrale Elektroresektion bei chronischer Prostatitis erzielt worden. Wir haben diesen Eingriff bei einer Reihe von Patienten mit langjähriger Prostatitis, die Blasenhaltsklerose zur Folge hatte, mit Erfolg durchgeführt. Neuerdings wird dieser Eingriff auch bei Patienten empfohlen, die keinen nachweisbaren Organbefund aber hartnäckige therapieresistente Beschwerden aufweisen (4).

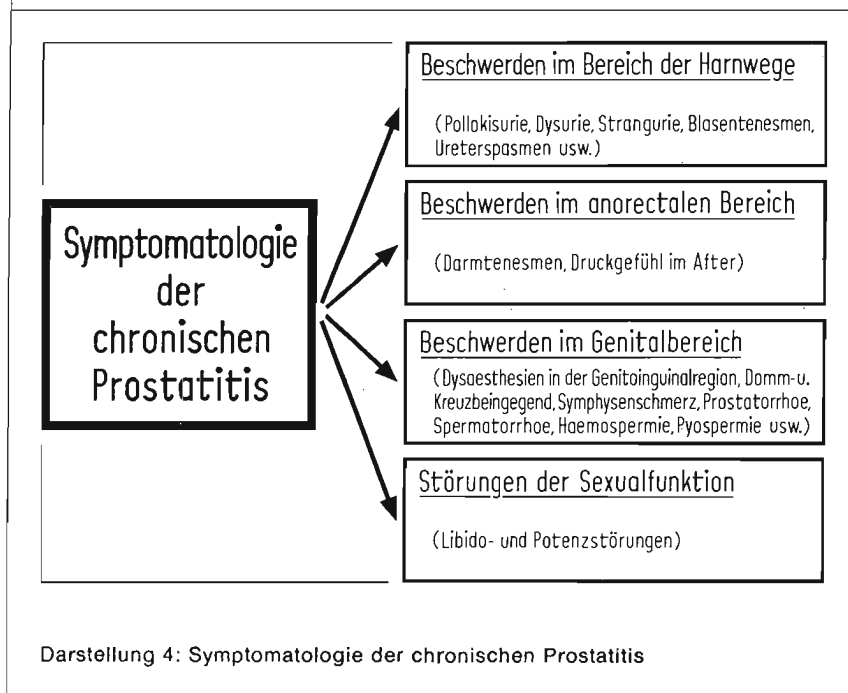
In gesicherten Fällen wird heute die antibiotische Stoßtherapie mit Präparaten bevorzugt, die hohe Gewebsspiegel erreichen und bakterizid wirken. Oft muß sich die Behandlung über längere Zeit erstrecken, wobei eine intermittierende Stoßtherapie durch Langzeittherapie ergänzt werden kann. Zusätzliche Lokalbehandlung erfolgt durch rektale Anwendung hyperämischer Suppositorien (zum Beispiel Ichthobellol®) und Sitzbäder (zum Beispiel Rheubalmin®).

Vegetatives Urogenitalsyndrom

Zahlreiche „Prostatitis-Patienten“ mit psychischen Problemen nehmen die Zeit des Arztes besonders in Anspruch. Bei einer großen Zahl von Patienten lassen sich subjektive Beschwerden im Urogenitalbereich, die bei klinischer Untersu-



Darstellung 3: Symptomatologie der akuten Prostatitis



Darstellung 4: Symptomatologie der chronischen Prostatitis

chung keine pathologischen Organbefunde erkennen lassen, durch funktionelle beziehungsweise vegetative Störungen im Beckenbereich erklären. Unter der Bezeichnung: Vegetatives Urogenitalsyndrom haben wir vor einigen Jahren einen Symptomenkomplex beschrieben, der folgende Teil-symptome aufweisen kann:

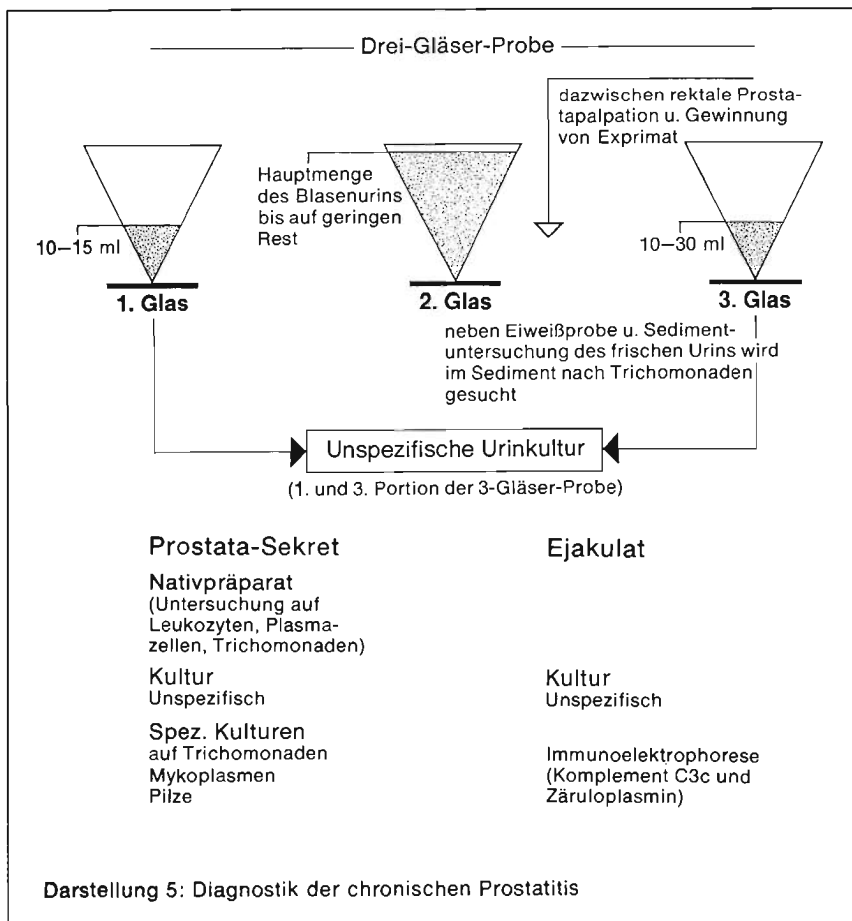
► **Miktionsbeschwerden** (vermehrter Harndrang, vermehrte Miktionsfrequenz, verzögerte erschwerte Miktion. Hier ist auch die sogenannte Kältedysurie einzuordnen).

► **Funktionelle Sexualstörungen** (Ejakulatio praecox, Erektionschwäche. Diese Potenzstörungen sind jedoch selten rein vegetativ bedingt, sondern haben meistens primär eine psychische Ursache).

► **Dysästhesien im Urogenitalbereich.**

► **Prostatorrhoe-Spermatorrhoe** (durch Hypersekretion der Prostatadrüse kommt es zu spontaner Absonderung von Prostatasekret aus der Harnröhre. Bei der sogenannten Spermatorrhoe, zumeist

Prostatitis



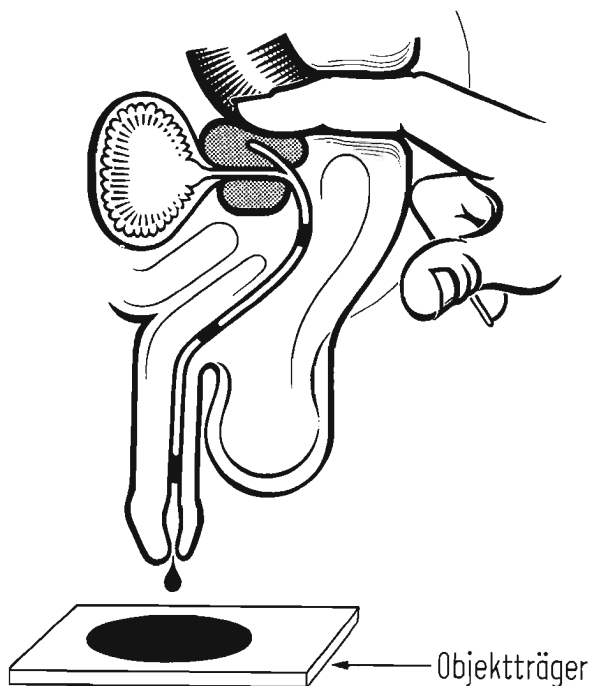
nach Miktion oder Defäkation, ist der unwillkürliche Abgang von Samenflüssigkeit durch eine Erschlaffung der Samenausführungsgänge zu erklären).

► *Prostatalgie* (hierunter versteht man eine erhöhte Druckempfindlichkeit der Prostata bei der Rektaluntersuchung).

► *Prostata-Kongestion* (diffuser Schwellungszustand, weiche Konsistenz). Es ist nicht richtig, auf Grund einer festgestellten Kongestion die Diagnose Prostatitis zu stellen. Zwar kann eine echte bakterielle Prostatitis mit einer Kongestion einhergehen. Aber bei weitem nicht jede Kongestion spricht für das Vorliegen einer Prostatitis.

Leider wurde jahrzehntelang die mißverständliche und nicht korrekte Bezeichnung: Kongestions-Prostatitis für derartige Stauungs- und Schwellungszustände im Prostatabereich angewandt wie sie besonders auch häufig bei Reitern, Motorrad- und Radfahrern anzutreffen sind.

Darstellung 6:
Gewinnung
von Prostata-
Sekret



Es ist für Praktiker und Urologen nicht leicht zu erkennen, ob es sich um ein rein vegetatives Urogenitalsyndrom, um eine *psychosomatische Erkrankung* mit besonderer Organwahl, um eine *Neurose* oder um eine *larvierte Depression* handelt.

Erfahrungen haben gezeigt, daß sich unter der Diagnose chronische Prostatitis viel häufiger als man bisher annahm eine echte Neurose verbirgt. Es ist unbedingt anzuraten, in hartnäckigen Fällen einen psychotherapeutisch geschulten Psychiater zu Rate zu ziehen. Wir sind dabei für die wertvolle Mitarbeit eines klinischen Psychologen sehr dankbar. Die Behandlung des vegetativen Urogenitalsyndroms erfordert Geduld und Erfahrung. Die Patienten sind für eine Aufklärung über Ursache ihrer Beschwerden sehr dankbar und meist erlöst, wenn ein schwerwiegender Prozeß ausgeschlossen

und die relative Harmlosigkeit der Erkrankung klargemacht werden kann.

Da vegetativ labile Patienten auf Umwelteinflüsse wie Kälte, Alkohol, Diätfehler und sexuelle Reize besonders stark reagieren ist entsprechende Beratung wichtig. Medikamentös kann eine Dämpfung der vegetativen Überregbarkeit angebracht sein, wichtiger sind jedoch robrierend wirkende hydro- und klimatherapeutische Maßnahmen. Insbesondere sind Moor- und Rheuma-Sitzbäder, Thermalbäder und Sauna empfehlenswert.

Anogenitales Syndrom

Es gibt eine Reihe von pathologischen Veränderungen im Anal- und Rektumbereich (Fissuren, Analfisteln, Kryptitiden, Proktitiden, Hämorrhoiden usw.), die zur Fehldiagnose chronische Prostatitis führen. Es sollte deshalb stets an diese Möglichkeit gedacht werden und eine proktologische Untersuchung veranlaßt werden.

Abschließend bleibt festzustellen, daß der frühere Standpunkt von der Unheilbarkeit der chronischen Prostatitis nicht mehr aufrechtzuerhalten ist.

Literatur

(1) Schnierstein, J.: Das Prostatitis-Problem, 3. Aufl. Mitteilungen der Ichthyol-Gesellschaft, Cordes, Hermann & Co. Hamburg 1974 — (2) Blenk, H., Hofstetter, A., Böwering, R., Buttler, R., Hartmann, M., Marx, F. J.: Immunelektrophorese des Ejakulats, Münch. Med. Wschr. 116 (1974) 35–38 — (3) Moormann, J. G.: Angeborene Enge der bulbären Harnröhre als Ursache der Erkrankungen des urogenitalen Grenzgebietes, Urologe A 11 (1972) 157–160 — (4) Smart, C. J., Jenkins, J. D., Lloyd, R. S.: The Painful Prostate, Brit. Journal of Urol. 47 (1976) 861–869

Anschrift der Verfasser:
Oberstarzt Dr. med.
Joachim Schnierstein
und Stabsarzt Dr. med.
Michael Niedertzoll
Bundeswehr-Zentralkrankenhaus
Urologische Abteilung
Postfach 7460
54 Koblenz

Notizen

Mumps- und Masern-Mumps-Impfstoff zeitweise nicht verfügbar

Nach Ausbietung des Mumps-Impfstoffes und der Kombination Masern-Mumps-Impfstoff hat, wie die Behringwerke AG mitteilen, eine außergewöhnlich starke und nicht vorhersehbare Nachfrage zu Engpässen in der Belieferung geführt.

Das Werk bedauert die Schwierigkeiten, die hierdurch bei Ärzten und Apothekern aufgetreten sind, und bittet zu bedenken, daß Impfstoffe, vor allem thermolabile Vi-

rus-Lebend-Impfstoffe, in Herstellung, Prüfung, Transport und Laufzeit ganz besondere Probleme mit sich bringen und daher in der Disposition weniger elastisch sind.

Diese Schwierigkeiten bestehen, so teilt das Werk weiter mit, weltweit, zum Beispiel ist zur Zeit der orale Polio-Impfstoff in vielen Bundesstaaten der USA nicht erhältlich. Falls die Prüfungen planmäßig verlaufen, kann ab Anfang November wieder ein Kontingent Mumps-Impfstoff bereitgestellt werden. Ab Ende Dezember werden dann voraussichtlich wieder beide Impfstoffe zur Verfügung stehen. Die Behringwerke hoffen, daß ab Beginn des Jahres 1977 die Liefermöglichkeiten dem Bedarf angepaßt sein werden. AG/H

Für Sie gelesen

Ambulante Arteriographie in einem Allgemeinkrankenhaus

Im 89 Betten umfassenden Knox County General Hospital werden alle Arteriographien mit Ausnahme der kardialen und neurovaskulären ambulanten durchgeführt, falls sie nicht bei ohnehin stationären Patienten vorgenommen werden.

Der über die Art der Untersuchung aufgeklärte Patient kommt am späten Vormittag oder frühen Nachmittag nüchtern zur Arteriographie und erhält keine Prämedikation. Nach Lokalanästhesie mit 10 ml 1%igem Lidocain-hydrochlorid erfolgen die Femoralis- und Karotisarteriographien mit 60prozentigem, alle übrigen mit 76prozentigem Methylglukamindiatrizoat. Nach zweibis vierstündiger Nachbeobachtung im Liegen schickt man die Patienten mit der Anweisung heim, sich bis zum folgenden Tag ruhig zu ver-

halten. Danach kam es niemals zu Komplikationen, jedoch sah man solche in drei Fällen sogleich nach der Angiographie: ein vorübergehender Blutdruckabfall, eine lokale Nachblutung und eine Tachykardie, Lungenödem und Herzversagen fünf Minuten nach Abschluß der Untersuchung infolge eines vier Wochen zuvor überstandenen Herzinfarktes. Weder bei 221 stationär durchgeführten noch bei den 107 ambulanten Arteriographien entwickelten sich Thrombosen an der Punktionsstelle oder Hämatome auf Grund späterer Nachblutung.

Die Komplikationen sind bei ambulanten Arteriogrammen nicht größer als bei stationär durchgeführten. Nach der Untersuchung ist die manuelle Kompression der Punktionsstelle etwa zehn Minuten lang zur Verhinderung von Hämatom oder Nachblutung besonders wichtig. Pz

Guistra, P. E., Killoran, P. J.:
Outpatient Arteriography at a Small Community Hospital
Radiology 116 (1975) 581–583
Department of Radiology, Knox County General Hospital, Rockland, Maine 04 841