

## KRONİK PROSTATİTLER

Dr. Çetin ÜLGEN \*

Tedavisinin güçlüğü ile, hasta ve ürolojistin her ikisini de üzen kronik prostatitte, bakteriyel ajanı tesbit etmek her zaman mümkün olamamaktadır. Çalışmamızdaki 1000 kültürden % 22,8 oranında negatif sonuç almamız bunu desteklemekte ve ayrıca, hastalığın etiolojisinde PPLO (Mycoplasma) ların önemli bir yeri olabileceğini belirtmektedir.

### Giriş

Teshisi nisbeten kolay, tedavisi ise hâlâ hem hasta hem de ürolojistler yönünden güç bir problem olan bu hastalık konusunu önemine binaen ve kliniğimiz tecrübelerinin ışığı altında gözden geçirmeyi uygun bulmaktayız.

**ETYO — PATOGENEZ :** Kronik prostatitte, spesifik bakteriyi prostat sekresyonunda saptamak oldukça güçtür. YOUNG (1926) smearlerinin % 40'ında, pozitif kültürlerinin ancak % 70'inde bu tesbiti yaptığını; HINMAN (1935) ise, 100 kültürünün 57'sinin steril olduğunu bildirmişlerdir. DELZELL ve LOWSLEY, 38 hastanın seminal mayi kültürlerinde, Stafilokok 23, Streptokok 13, E. Coli 4 ve diğerlerini de 4 adet olarak bulmuşlar; CUMMINGS ve CHITTENDEN (1938) 175 vakada, RITTER ve LIPPOW (1938) 131 vakada aynı sonuçlara varmış ve prostat ifrazında Stafilokok % 60, Stptokok % 30, muhtelif basiller % 20, difteroid ile diğerlerini tesbit etmişlerdir (1). FARMAN ve McDONALD, vakalarının 1/3'ünde patojen, 1/3'ünde patojen olmayan organizmalar bulmuşlar: % 30 vakada da prostato - veziküler mayide bakteri üretmemişlerdir. Bu yazarlara göre organizmalar, nisbet itibariyle, Stafilokok Aureus ve Albus, Streptokok Faecalis ve Viridans, E. Coli, Corynebacterium Hofmannii, Aerobacter Aerogenes, Pseudomonas Aeruginosa ve Neisseria Gonorrhoeae diye bir sıra göstermişlerdir (5).

\* Müşavir Uzman, Gülhane As. Tıp Ak. Üroloji Kliniği, ETLİK/ANKARA.

Kronik prostatitlerin etiyojisinde, pleuropneummonia - like organizmalarının (PPLO) da önemli bir yeri bulunması muhtemeldir.

Klinik olarak, kronik prostatit tesbit ettiğimiz 1000 hastanın prostat ifrazından, ejâkülasyon mayiinden ya da prostat masajında ifrazatı alamadıklarımızdan masajı takiben idrar nümunelerinden kültürler verdik. 1000 kültürün 228 inde (% 22, 8) bakteri üremedi. Özel ekim yapılmadığı için, bu vakaların PPLO'lardan ileri gelip gelmediğini bilmiyoruz. Pozitif kültürlerimizde: Stafilokok % 56; Gr (+) diplokok % 13,3; Gr (-) basil + E. Coli % 5,7; Gr (+) kaba basil % 1,8 ve Gr (-) diplokok (GONOKOK) % 4 olarak üremiştir.

KRETSCHMER ve Arkadaşları ise (1937), kronik prostatitli 1000 hastada 24 gonore vakası bildirmişlerdir (1, 3).

Kronik prostatit, glandın akut iltihabının bir sekeli olabileceği gibi; böbrek, mesane ya da arka uretranın enfeksiyonları da prostatik kanaldan geçerek prostata yerleşebilirler. Uretradaki bir obstrüksiyon ya da urostazis, gland sekresyonuna mani olmak suretiyle, non - spesifik iltihabî bir reaksiyon meydana getirebilir. ACCORDING ve PELOUZ, kronik prostatit vakalarının % 95 inin sekonder bir enfeksiyon olduğu ve ilk odağın dişler ya da tonsillarda bulunabileceğini ileri sürmektedirler (1).

Enfeksiyonların prostata sirayeti :

- 1) Direkt yol; arka uretra ya da perindeki komşu dokular.
- 2) Hematojen yol; vücudun herhangi bir yerindeki fokal enfeksiyonlar,
- 3) Lenfojen yol; rektum dahil olmak üzere komşu organlar,
- 4) Urojenik yol; üriner kanaldaki bir enfeksiyon, şeklinde olmaktadır.

Uzamış seksüel heyecanlar, seksüel tatminsizlik ya da suistimaller ile masturbasyon sıklığı ve aşırı iptilâlar yahutta böyle şeylerden kâmilten elini çekmek; fazla alkolizm ve soğuk prostatta konjesyonlara sebep olmakta, dolayısıyla da hastalığa zemin hazırlamaktadır. Bisiklete, motorsiklete ya da ata binmek yahut askerî jeep ile bilhassa arızalı bir arazide uzun zaman dolaşmak gibi perineal travmalar ve hatta büro görevlerinde uzun süre oturmak hastalığın predispozan faktörlerindedir.

GARTMAN, enfeksiyonun konjesyonlarla ilgisine değinmekte, mevsimlerin ve şahısların görevlerinin rolü bulunmadığını; asıl sebebin cinsi münasebet faaliyetleri olduğunu söylemekte ve aile-siyle haftada bir defa temasta bulunanlarda oranın % 25; gayri muayyen temasta bulunanlarda % 44; nadiren temasta bulunanlar da % 51 ve hiç bulunmayanlarda da % 45 olduğunu bildirmektedir (6).

**PATOLOJİ :** Kronik prostatitin patolojik tablosu, Polimorfonükleer hücre ve lenfositlerin artmasıyla birlikte, asinilerin etrafında kronik iltihabî reaksiyon ve konnektif dokuların proliferasyonu şeklindedir. Kanalın lümeni iltihap ya da epiteliyal hücrelerle tıkanmış olabilir ki, bu da asinlerin dilâtasyonuna, glandın etrafında yuvarlak hücre enfiltrasyonuna sebebiyet verir. Daha sonraları fibrozis ve kontraktürler sonucu yer yer nekrozlar teessüs eder. Arka uretra ve mesane boynunda da etkileri görülür; şayet Veru Montanum, Utrikulus ve cjakülâtör kanallar iltihaplanırsa, kronik enflâmasyonu takiben fibrozis ve darlıklar meydana gelir.

**SEMPTOMATOLOJİ :** Oldukça değişik bulgular vermektedir :

Uretral; İdrar edilmemiş gecenin sabahında ya da uzun süre işenmemiş fasıllarlarda gündüz, uretra measında sulu, berrak ya da süt renginde ve bazen yapışkan bir damla yahut iltihap görülmesidir. Meanın yapışıp kapanmasına ya da devamlı uretral bir irritasyona sebep olabilir.

İşemede sıklık, bazen orta şiddette idrar etme zorunluluğu, dizüri ya da mesane boynunda yahut perinede huzursuzluk vardır. İnisiyal ya da terminal hematüri, flamanlar bazen de fosfatüri bulunabilir. Hasta idrar ederken kesintiler ve damlamalar olduğundan şikâyet edebilir. Bir diğer esas semptom da, işemenin sonunda ya da büyük abdest yaparken uretrada hissedilen ve meada görülen sulu bir ifrazattır.

Ağrı, lokal olarak, prostat ya da rektum bölgesinde huzursuzluk yahut sıkıcı bir vasıftadır. Mesane boynundan, uretra mesiri boyunca aşağıya penis ve glansa doğru yayılabilir. Ayrıca vücudun çeşitli yerlerinde ve hatta genel olarak ta meydana çıkabilir. YOUNG, ağrının yayıldığı bölgeleri; en ziyade aşağı lomber nahiyeye, perine ve supra - pubik bölge olmak üzere, kasıklar, testisler, penis ya da uretra, rektum, uyluklar, dizler bacak ve ayaklar diye sıralamaktadır (1). Ağrının enteresan bir özelliği de, çoğunlukla hastanın sabahleyin ilk kalktığında mevcut olması ve artritik ağrıların aksine gün boyunca gittikçe azalmasıdır.

Seksüel fonksiyonda da aksaklıklar olabilir. Libidoya da potens'te azalma hatta kayıp görülebilir. Erken, ağırlı ya da kanlı ejâkülâsyonlar ve geceleri sık, ağırlı inzaller meydana gelebilir. LEWIN, prostat ifrazatının, androjenik faaliyetin bir fonksiyonu olduğunu ve parasempatik tenbihlerle arttığını; bu nedenle de, ruhi sebeplerin prostat sekresyonunda tesiri bulunduğunu bildirmiştir (9). YAMAN da, bazı infertilite vakalarında kronik prostatiti suçlayabileceğimizi söylemektedir (7).

Metastatik diyebileceğimiz bulgularına gelince, primer odak olaraktan, endokardit, konjonktivit, irit, miyozit, artrit ve nörit'e; kendi başına ya da seminal keselerin enfeksiyonu ile birlikte bulunduğu zamanlarda sıklıkla akut epididimitlere sebep olabilirler. Bazen prostat masajı esnasında enfeksiyon bulguları birdenbire alevlenebilir, titreme ve ateşle birlikte şiddetli reaksiyonlar meydana gelebilir (bakteriyel allerji).

**TEŞHİS :** Anamnez, idrarın üç kadeh tecrübesi, rektal tuş ve prostat ifrazatının mikroskopik tetkiki, uretrografi ve bazen de uretrosistoskopi ile yapılır.

Rektal palpasyon, teşhisin en önemli unsurudur. Prostatın şekli, sathı, kıvamı ve varsa periprostatik yapışıklıkları hususunda kanaat sağlar. Gland bazen genişliyebilir ve lobları mütebarizleşir; bazen de küçük, fibröz bir nedbe halini alabilir.

Şayet enfeksiyon şiddetli ise, ifrazatın renk ve diğer özellikleri aşikâr olarak değişir. Mikroskopik muayenede mayiın normal elemanları, özellikle lesitin cisimleri yerine lökositlerin geçtiği görülür. Lökositler ya tek tek ya da kümeler halinde bulunurlar. **PROSTATIN ve İFRAZATININ İLK MUAYENESİ HERZAMAN KRONİK ENFEKSİYONUN MEVCUDİYETİNİ BELİRTMİYEBİLİR.** Böyle şüpheli durumlarda 1 ya da 2 gün sonra muayeneyi tekrarlamalıdır. Hatta bu arada hastaya, prostat ifrazatını artırmak gayesiyle bir androjen tatbiki uygun olacaktır. Bu farklı sonuçlar, latent bir enfeksiyonun değişik günlerde tahrik edilmesinden doğabilmektedir.

Radyolojik olarak, önceden prostat taşı tesbit edilmemişse, teşhisi güç vakalarda, retrograd uretrografi gerekir. Bunun için ön, sağ - yan, ve uretra boşaltıldıktan sonra «en déplétion» olmak üzere 4 film çekmelidir (4). Glandüler abselerin yerini, şeklini, derinliğini, dallanma ve istikametlerini gösterebilecek; konjenital lezyonlarla, intraprostatik divertiküller hakkında fikir verebilecektir.

İşeme uretrografisi daha ziyade mesane boynunun fonksiyonel durumunu belirtmek yönünden üstündür. Filiform ya da fizyolo-

jik hunileşmesi yerine gayri muntazam bir şekilde; arka uretra da uzamış ve daralmış olarak imaj verirler. Hatta, mesane divertikülleri ya da bir veziko-ureteral reflux mevcudiyetinin ihtimali de ortaya çıkabilir.

Uretro-sistoskopi, sık olmamakla beraber, teşhisin doğrulanabilmesi bakımından uygulanabilir; rutin bir metod değildir. Arka uretrada ve trigonda kronik iltihabî belirtiler, Veru Montanumda konjesyon ve üzerinde granüller, bazen prostatik ya da ejâkülâtör kanallardan iltihabın çıkışı ile mesane boynu arka bileşiminde bir çıkıntı yahut kol'de bir darlık görülebilir.

Kronik prostatitin, kronik piyojenik gonore ile tüberküloz enfeksiyonlarından, prostat taşlarından ve özellikle prostat kanserinden ayırılması gerekir. Prostatore ile de karışabilir.

**TEDAVİ :** Hastaya ve urologiste göre değişmektedir. 1) Genel 2) İlaçla, 3) İltihabın primer odağının iyileştirilmesi, 4) Komplikasyonlarının tedavisi ve 5) Lokal prostat tedavisi olmak üzere yapılmaktadır.

1) Genel tedavide, hijyenik şartlar, hazmı kolay bir rejim, bol vitamin tavsiye edilir. Fazla alkol, biber, ekşi ve hardal gibi irritan maddeler tahditlenir. Hastaya kabız kalmaması söylenir. Seksiyel yaşantı intizama sokulmalıdır. Birçok hasta psikoterapi-den istifade görmüştür. COOPER ve McLEAN (1946), stilbestrol'ü prostat ve seminal keselerin konjesyonlarını azaltmak yönünden tavsiye etmişlerse de, özel bir fayda sağlamamıştır (1). FARMAN da, 40 yaşından yukarı hastalarda testesteron verildiği takdirde, diğer klâsik tedavi ile birlikte şifanın daha sür'atli olduğunu bildirmiştir (5).

2) İlaç tedavisinde, muhtelif preparatlar kullanılmakta olup, klinik incelememiz:

Kanamycine	% 32,7	Gabramycine	% 12
Rifamycine	% 30,4	Lincocine	% 11,7
Chloramphenicol	% 25,4	Streptomycine	% 11,4
Rifocine	% 24,7	Sigmamycine	% 9,7
Genthamycine	% 24	Kolistin	% 9,4
Erithromycine	% 21,3	Negram	% 5,4
Cathomycine	% 20,1	Baktrim	% 4,9
Semi-sentetik Penisilin	% 17	Furodantin	% 4,2
Garamycine	% 15,3	Ambrasynth	% 3
Tetracycline	% 13,4	Vibramycine	% 2
Keflin	% 12,8	Penisilin	% 1,7

gibi bir sonuç vermiştir.

Kültürü menfi gelen vakalarda, birer hafta süre ile, önce tetrasiklin gurubunu, sonra kloramfenikol gurubunu ve daha sonra eritromisini kullanmak; enfeksiyon yine de devam ederse bir hafta ara verdikten sonra sigmamisine başlamak tavsiye edilir.

3) İltihabın primer odağı olan fokal enfeksiyonlar ve üriner sistem enfeksiyonlarının nerenleri sür'atle tesbit edilip, etiyojilerine göre tedavi edilmelidirler.

4) Komplikasyonlarının tedavilerinde de, ilk odağın iyileştirilmesi esas olmalıdır.

5) Lokal prostat tedavisinin gayesi, prostat asini ya da kallarındaki enfekte materyali yeterli bir şekilde drene etmektir. Masaj bu fonksiyonu kapsar ve glandın sirkülasyonunu artırır. İlk defasında çok dikkatli yapılmalıdır; zira toksinlerin atılışına karşı hastada bir hassasiyet mevcuttur ve genel bir enfeksiyonu, artrit, nörit ve irit gibi komplikasyonları alevlendirebilir. Eğer böyle bir durum meydana gelirse ya masajı kesmeli ya da çok ihtiyatlı ve nazik bir şekilde devam etmelidir.

Yapılan masajın sıklığı ve süresi konusunda farklı düşünceler vardır. Biz kliniğimizde haftada 3 defa ve toplam olarak 12 ye kadar çıkmaktayız. Masajdan önce hastanın idrar etmemiş yani mesanesinde idrar bulunur olması ve masajı takiben idrar etmek suretiyle uretrasını temizlemesine özellikle dikkat edilmelidir.

Prostat sirkülasyonunu artırmak ve konjesyonu dağıtmak gayesiyle, günde 1-2 defa, 42°, 2-43°, 3 C. sıcak su krista iliakaları geçmiyecek şekilde, 6-10 dakikalık sürelerle oturma banyoları ile rektal diatermiden faydalanılmaktadır ki bu sonuncusunun tatbik güçlüğü vardır. Ancak, uygulamada, diatermi elektrodlarından birisinin sakrum ya da bel nahiyesine diğerinin de pubis üzerine konulması tavsiye edilebilir. Ayrıca aynı maksat için, ichthyol'ü ya da dekonjestif süppozituarlar da kullanılmaktadır.

Intraprostatik enjeksiyonlar ve endoskopik tedavi ile transuretral rezeksiyonlar en son düşünülecek usullerdir.

**FROGNOZ :** Kronik prostatitin prognozu, akut prostatitin-  
kinden daha az cesaret vericidir. Prostatta uzun süre kalmış bir enfeksiyon etkeninin, zamanla oluşan lokal biyolojik sığınaklar (granülasyon dokusu) içinde, duyarlı olsa bile, antibakteriyel tedaviden gereği kadar etkilenememesi çok muhtemeldir. Ayrıca, kronik irritasyon nedeniyle oluşan histolojik değişmelerin giderilmesi güçlüğü de vardır. Pratik olarak kronik prostatitte, vakanın tedaviden yararlandığına;

1) Enfeksiyonla ilgili semptomların kalmaması,

2) Prostat sekresyonunun her mikroskop sahasında 15 ten fazla lökosit bulunmaması,

3) İdrarın üç kadeh tecrübesinde, birinci ve üçüncü kadehlerde flaman olmaması,

4) Prostat ifrazatı boyandığında ya da kültüründe bakteri tesbit edilmemesi, gibi kriterler dikkate alınarak karar verilebilir.

Şayet metastatik odaklar da mevcutsa, onların da temizlenmiş olması gerekmektedir.

### *Summary*

## **CHRONIC PROSTATITIS**

**Dr. Çetin ÜLGEN \***

It is not always possible to isolate the bacterial agent in chronic prostatitis, which because of the difficulty in its treatment gives much trouble to the patient as well as to the attending physician. The fact that we have got negative result, % 22,8 out of 1000 cultures in our work, supports this idea, and also implies that PPLO'S (mycoplasma) might have an important place in the ethiology of the disease.

### **KAYNAKLAR**

1. ALYEA, Edwin P.: Infections and Inflammations of the Prostate and Seminal Vesicle, 560-570, CAMPBELL F. Meredith, 1963, Urology, Vol. I, W. B. Saunders Company, Philadelphia and London.
2. EADENOCH, Alec W., 1957, Manual of Urology, Grune Stratton, New York, 418.
3. COLBY, Fletcher H.: 1956, Essential Urology, Third Edition The Williams Wilkins Company, 425-428.
4. COUVELAIRE, Roger, PATEL, J., PETIT, P.: 1957; Nouveau Précis de Pathologie Chirurgicale, Tom. VI, 2<sup>e</sup> Edition, Masson C<sup>ie</sup>, Editeurs, 384-391.
5. FARMAN, Franklin and McDONALD, F.: Modern Concepts of Inflammation of Prostate, Geriatrics, 16: 63-68, 1961.
6. GARTMAN, Edward, Rational Approach to Treatment of Chronic Prostatitis, South. M. J., 53: 1558-1561, 1960.
7. GÜNALP, İhsan, GERÇEL, Rahmi, KAFKAS, Mahmut, and YAMAN, L. Sezai 1971, Uroloji, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 244.
8. KORKUT, Gıyas 1965, Uroloji, İsmail Akgün Matbaası, İstanbul, 450-456.
9. LEWIN, Karl Kay, Psychosomatic Aspects of Chronic Prostatitis, Pennsylvania M. J. 63: 1793-1796, 1960.
10. SCOTT, William Wallace, 1961-1962, The Year Book of Urology, Year Book Medical Publishers, 200 east Illinois Street Chicago 11, 311-317.

\* Consulting Specialist, Gülhane Military Medical Academy, Department of Urology, Etilik/Ankara - TURKEY.