



NSAR bei chronisch abakterieller Prostatitis

Fragestellung

Sind die nichtsteroidalen Antiphlogistika bei chronisch abakterieller Prostatitis wirksam?

Antwort

Es gibt keine Studien, die eine Wirksamkeit von nichtsteroidalen Antiphlogistika gegenüber Placebo bei chronisch abakterieller Prostatitis belegen.

Hintergrund

Die „chronische abakterielle Prostatitis“ (oder „chronische aseptische Prostatitis“ oder „chronischer Unterbauchschmerz beim Mann“ oder „chronisches Beckenschmerzsyndrom beim Mann“) zeichnet sich durch den Schmerz im kleinen Becken und im Dammbereich des Mannes sowie irritative oder obstruktive Miktionsbeschwerden wie Harndrang, Pollakisurie, Verzögerung des Miktionsstarts, Abschwächung oder Unterbrechung des Miktionsstrahls bei fehlendem Nachweis pathogener Bakterien im Prostatasekret aus. Es können auch suprapubische, skrotale, peniene oder lumbosakrale Schmerzen sowie schmerzhafte Ejakulation vorhanden sein. Die chronisch abakterielle Prostatitis kann „entzündlich“ (mit Leukozyten im Prostatasekret) oder „nicht entzündlich“ (ohne Leukozyten im Prostatasekret) sein [1].

Die Ursachen für die chronisch abakterielle Prostatitis sind nicht bekannt. Vermutet werden: nicht erkannte Infekte (häufiger bei älteren Männern), psychosomatische Ursachen (häufiger bei jüngeren Männern) sowie andere seltenere Ursachen [2–15].

Suchstrategie

In Leitlinien konnten keine Empfehlungen zur Behandlung der chronisch abakteriellen Prostatitis gefunden werden. Daher wurde in sekundären und primären medizinischen Datenbanken gesucht: in Medline, Embase, Cochrane Library, Clinical Evidence, NHS Center for Reviews and Dissemination (CRD), Database of Abstracts of Reviews Effects (DARE), Health Technology Assessment (HTA), Turning Research Into Practice (TRIP) und National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE).

Ergebnisse

- Es wurden keine Reviews zur Wirksamkeit von nichtsteroidalen Antiphlogistika bei chronisch abakterieller Prostatitis gefunden.
- Es wurde eine einzige randomisierte, placebokontrollierte Studie mit einem NSAR bei chronisch abakterieller Prostatitis gefunden. Darin zeigte Rofecoxib eine sehr geringe Wirkung. In der Zwischenzeit ist aber Rofecoxib vom Markt genommen worden, sodass das Ergebnis dieser Studie bestenfalls extrapolativ auf andere NSAR – dann aber mit leicht anderem Mechanismus der Wirksamkeit – übertragen werden könnte [16].
- Bis heute wurden keine weiteren randomisierten, placebokontrollierten Studien mit einem anderen NSAR bei chronisch abakterieller Prostatitis publiziert [17, 18].
- Auch zu anderen Behandlungen wie Alfablocker, 5-alpha-Reduktase-Hemmer, Antibiotika oder Beckenbodengymnastik konnten keine Studien guter Qualität gefunden werden.
- Einzig zur transurethralen Thermotherapie mit Mikrowellen gibt es eine kleine randomisierte kontrollierte Studie mit nur 20 Probanden, bei denen in der Verum-Gruppe 7 von 10 Probanden eine Besserung des Allgemeinbefindens nach 21 Monaten im Vergleich zu 1 von 10 Probanden in der Simulationsgruppe [19].

Schlussfolgerungen

Die Behandlung der chronisch aseptischen Prostatitis ist schlecht untersucht. Folglich verursacht die Behandlung der chronisch aseptischen Prostatitis bei den Ärzten oft Frustration, bei den Patienten Verwirrung und Unzufriedenheit. Arztwechsel („doctor shopping“) und unbegründete Antibiotikabehand-

lungen sind nicht selten. In der Praxis sollte man verschiedene Behandlungen auf individueller Basis versuchen, darunter kann auch die Behandlung mit

nichtsteroidalen Antiphlogistika einen Versuch wert sein, sollte aber erst dann eingesetzt werden, wenn andere harmlosere Maßnahmen bereits versucht

wurden. Insbesondere bei jüngeren Patienten sollte man versuchen, den Patienten einem Psychotherapeuten vorzustellen.

Quellen

- Nickel JC, Nyberg LM, Hennenfent M. Research guidelines for chronic prostatitis: consensus report from the first National Institutes of Health International Prostatitis Collaborative Network. *Urology* 1999; 54: 229–233
- Poletti F, Medici MC, Alinovi A et al. Isolation of *Chlamydia trachomatis* from the prostatic cells in patients affected by nonacute abacterial prostatitis. *J Urol* 1985; 134: 691–693
- Weidner W, Brunner H, Krause W. Quantitative culture of *Ureaplasma urealyticum* in patients with chronic prostatitis or prostaticitis. *J Urol* 1980; 124: 622–625
- Brunner H, Weidner W, Schiefer HG. Studies on the role of *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma hominis* in prostatitis. *J Infect Dis* 1983; 147: 807–813
- Skerk V, Schonwald S, Granic J et al. Chronic prostatitis caused by *Trichomonas vaginalis* – diagnosis and treatment. *J Chemother* 2002; 14: 537–538
- Doble A, Harris JR, Taylor-Robinson D. Prostatodynia and herpes simplex virus infection. *Urology* 1991; 38: 247–8
- Benson PJ, Smith CS. Cytomegalovirus prostatitis. *Urology* 1992; 40: 165–167
- Gardner WA, Culberson DE, Bennett BD. *Trichomonas vaginalis* in the prostate gland. *Arch Pathol Lab Med* 1986; 110: 430–432
- Golz R, Mendling W. Candidosis of the prostate: a rare form of endomycosis. *Mycoses* 1991; 34: 381–384
- Jang TL, Schaeffer AJ. The role of cytokines in prostatitis. *World J Urol* 2003; 21: 95–99 [Erratum in: *World J Urol* 2003; 70: 223
- Alexander RB, Brady F, Ponniah S. Autoimmune prostatitis: evidence of T cell reactivity with normal prostatic proteins. *Urology* 1997; 50: 893–899
- Naslund MJ, Strandberg JD, Coffey DS. The role of androgens and estrogens in the pathogenesis of experimental non-bacterial prostatitis. *J Urol* 1988; 140: 1049–1053
- Nadler RB. Bladder training biofeedback and pelvic floor myalgia. *Urology* 2002; 60: 42–43
- Kirby RS, Lowe D, Bultitude MI et al. Intra-prostatic urinary reflux: an aetiological factor in abacterial prostatitis. *Br J Urol* 1982; 54: 729–731
- de la Rosette JJ, Ruijgrok MC, Jeuken JM et al. Personality variables involved in chronic prostatitis. *Urology* 1993; 42: 654–662
- Nickel JC, Pontari M, Moon T et al. A randomized, placebo controlled, multicenter study to evaluate the safety and efficacy of rofecoxib in the treatment of chronic nonbacterial prostatitis. *J Urol* 2003; 169: 1401–1405
- Erickson BA, Le BV, Schaeffer AJ. Chronic prostatitis. *Clinical Evidence* 2008; 05: 1802
- Anothaisintawee T, Attia J, Nickel JC et al. Management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a systematic review and network meta-analysis. *JAMA* 2011; 305(1): 78–86
- Nickel J, Sorensen R. Transurethral microwave thermotherapy for non-bacterial prostatitis: a randomized double-blind sham controlled study using new prostatitis specific assessment questionnaires. *J Urol* 1996; 155: 1950–1955

Erstbearbeitung: Juni 2009, Aktualisierung: April 2011

Simon Kostner
Südtiroler Akademie für
Allgemeinmedizin SAKAM, Bozen