

Introduzione

La prostatite è una condizione patologica invalidante cui fanno capo svariate sindromi cliniche. Estremamente diffusa, affligge dal 10 al 14% della popolazione maschile mondiale, senza distinzioni di età e appartenenza etnica (Schaeffer 2002), e si colloca al primo posto tra i motivi che inducono a una visita dall'Urologo per i soggetti al di sotto dei 50 anni (Collins 1998). Tra le sindromi che ricadono nella categoria 'prostatite' figurano la prostatite batterica acuta (PBA), l'infiammazione asintomatica della prostata che si rileva nei campioni patologici e il fenomeno del dolore pelvico cronico (Pontari 2003). Dall'11 al 16% della popolazione maschile è destinato a soffrire, a un certo punto della propria vita, di prostatite. A differenza del tumore alla prostata e dell'Ipertrofia Prostatica Benigna, la prostatite cronica colpisce i soggetti adulti senza distinzione di età, razza e ceto, anche se va notato che gli appartenenti alle fasce sociali meno abbienti tendono a presentare sintomatologia più accentuata. Anche la sporadicità dei rapporti sessuali può favorire l'insorgere della prostatite cronica, in quanto determina congestione prostatica. Diversi studi hanno rilevato una correlazione tra invecchiamento e incidenza della prostatite cronica (Krieger, Riley et al. 2003; Ku, Kim, Paick 2005).

Collins e colleghi hanno osservato come l'incidenza età-specifica della prostatite cronica si mantenga bassa sino alla quinta decade di vita, per poi impennarsi vistosamente dopo i 60 anni (Collins 1998), raggiungendo un 9% di probabilità cumulativa a quota 85 anni. Chi ha una storia di prostatite, inoltre, presenta anche un maggior rischio età-correlato di episodi ricorrenti (Collins 1998). Gli studi indicano anche i costi connessi alla prostatite, che sono considerevoli: il 25% dei soggetti riporta perdita di ore lavorative nel corso dei tre mesi precedenti, il 49% perdita di tempo libero e nel 13% dei casi la patologia ha reso necessario il ricovero in ospedale (Pontari 2003). Nella classificazione tradizionale della prostatite si opera la distinzione tra prostatite acuta, prostatite batterica cronica (PBC), prostatite abatterica cronica e prostatodinia (ossia un dolore o un senso di fastidio all'area sovrapubica, al perineo, al testicolo e allo scroto, di origine prostatica), ma nel 1995 il *National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases* (Istituto Nazionale USA per il Diabete e le Patologie Digestive e Renali) in seno ai *NIH (National Institutes of Health, Istituti Nazionali di Sanità)* ha messo a punto un sistema di classificazione più preciso, basato su 4 categorie (McNaughton Collins, MacDonald, Wilt 2000; Krieger, Nyberg, Nickel 1999).

I	Prostatite batterica acuta	Infezione acuta della prostata
II	Prostatite batterica cronica	Infezione cronica della prostata/uretriti ricorrenti
III	Prostatite abatterica cronica	Dolore pelvico con sintomi minzionali e/o sessuali variabili/dolore pelvico cronico in assenza di infezione dimostrabili
IIIA	Dolore pelvico cronico infiammatorio	Alto numero di leucociti nel liquido seminale o nel mitto terminale
IIIB	Dolore pelvico cronico non infiammatorio	Basso numero di leucociti nel liquido seminale o nel mitto terminale
IV	Prostatite infiammatoria asintomatica	Assenza di sintomi in presenza di segni di infiammazione nel liquido seminale, nel mitto terminale o in frammenti biotici

L'ipertrofia prostatica benigna (IPB) è una sindrome molto più conosciuta e studiata (American Urological Association 2010): nel mondo occidentale colpisce il 5-10% degli uomini di 40 anni di età, e fino all'80% degli uomini tra 70 e 80 anni. A livello microscopico, l'ipertrofia può essere notata nelle ghiandole prostatiche della maggior parte degli uomini anziani, particolarmente dopo i 70 anni, in tutto il mondo. Comunque, il grado dei sintomi correlati all'IPB varia notevolmente in funzione dello stile di vita del paziente. Gli uomini che conducono uno stile di vita di tipo occidentale hanno una maggiore incidenza nella sintomatologia, rispetto a chi conduce una vita tradizionale e più rurale. Questo è confermato da ricerche condotte in Cina (Nan, Jian, Pulin, Zhenqiu 2012), che dimostrano come uomini che vivono in aree rurali hanno minori frequenze della patologia, mentre chi vive in grandi città, nella stessa nazione, mostra una incidenza molto maggiore, anche se ancora molto inferiore agli uomini che vivono in occidente. Sebbene possa esistere in tali soggetti un aumento del rischio di carcinoma prostatico, adenoma e carcinoma non sono correlati.

La moderna farmacologia mette a disposizione farmaci che sono in grado di ridurre il problema, migliorando notevolmente la qualità di vita. Vi sono, poi, integratori alimentari e nutraceutici, che possono intervenire nelle fasi precoci della malattia, controllando i sintomi ed evitando l'impiego di farmaci più complessi e gravati di effetti collaterali, non da ultimo quello di mascherare aumenti significativi del dosaggio del PSA, ritardando, quindi, la possibile diagnosi di carcinoma prostatico.

Con queste premesse è nato il progetto Clic-Uro, con lo scopo di coinvolgere una autorevole e qualificata rappresentanza dell'Urologia Italiana, per raccogliere esperienze dirette di pratica clinica quotidiana, sui temi del percorso diagnostico, con quali molecole si sono impostati i trattamenti e nel follow up quali sono stati gli effetti collaterali dei farmaci, l'abbandono della terapia o l'aderenza al trattamento.

Bibliografia

- American Urological Association (AUA) 2010, *Guideline on the management of benign prostatic hyperplasia (BPH)*, disponibile su [http://www.auanet.org/content/clinical-practice-guidelines/clinicalguidelines/main-reports/bphmanagement/chap_1_GuidelineManagementof\(BPH\).pdf](http://www.auanet.org/content/clinical-practice-guidelines/clinicalguidelines/main-reports/bphmanagement/chap_1_GuidelineManagementof(BPH).pdf) (consultato il 1 ottobre 2012).
- Collins M.M., Stafford R.S. et al. 1998, *How common is prostatitis? A national survey of physician visits*, «J Urol», 159, pp. 1224-1228.
- Krieger J.N., Nyberg L. Jr, Nickel J.C. 1999, *NIH consensus definition and classification of prostatitis*, «JAMA», 282, pp. 236-237.

- Krieger J.N., Riley D.E. et al. 2003, *Epidemiology of prostatitis: new evidence for a worldwide problem*, «World J Urol», 21, pp. 70-74.
- Ku J.H., Kim S.W., Paick J. 2005, *Epidemiologic risk factors for chronic prostatitis*, «Int J Androl», 28, pp. 317-327.
- McNaughton Collins M., MacDonald R., Wilt T.J. 2000, *Diagnosis and treatment of chronic abacterial prostatitis: a systemic review*, «Ann Intern Med», 133, pp. 367-381.
- Nan W., Jian S., Pulin Y., Zhenqiu S. 2012, *Chinese Urologists' Views of Practice Patterns in the Diagnosis and Treatment of Benign Prostatic Hyperplasia: A Nationwide Survey*, «IntNeurourol J», 16, pp. 191-195.
- Pontari M.A. 2003, *Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in elderly men*, «Drugs Aging», 20, pp. 1111-1125.
- Schaeffer A.J. 2002, *Classification (traditional and National Institutes of Health) and demographics of prostatitis*, «Urology», 60 (supp 6A), pp. 5-7.



Metodo di lavoro

Il progetto che ha consentito di realizzare questa pubblicazione è nato dall'esigenza di studiare i percorsi diagnostico-terapeutici dei medici specialisti con in cura pazienti affetti da prostatite e ipertrofia prostatica benigna.

La condivisione delle esperienze cliniche è infatti un elemento essenziale per la crescita delle professionalità mediche. Tuttavia, spesso, questa pratica è ostacolata dalla difficoltà di trovare nella routine quotidiana spazi e tempi per la codificazione delle proprie esperienze.


In quest'ottica è stato scelto un metodo di lavoro che ha consentito ai partecipanti di minimizzare gli sforzi da dedicare al *racconto* delle proprie esperienze guidandoli in una griglia di domande scelte dal comitato scientifico.

Per questo è stato allestito un ambiente online dedicato all'inserimento dei dati dei casi. L'ambiente, raggiungibile da qualsiasi computer connesso a Internet, ha consentito, previa autenticazione mediante username e password, la lavorazione dei casi attraverso un form di inserimento dati. Il partecipante ha potuto scegliere il suo ritmo di lavoro essendo possibile inserire il proprio caso in un'unica sessione di lavoro oppure compilarlo in più sessioni salvando il lavoro fatto.

12 Progetto Clic-Uro. Clinical Cases in Urology

HOME PAGE PRESENTAZIONE PROGETTO BOARD SCIENTIFICO CONTATTI

PROGETTO
CLIC - URO
CLINICAL CASES IN UROLOGY



Sei collegato come Admin User:
(Ritorna al mio ruolo normale)

Home > CUro > Casi Clinici > Paziente con Prostatite

Paziente con Prostatite

Gentile Dottore/Dottoressa, Le chiediamo nell'inserimento dei dati di questa scheda paziente di pensare a uno dei Suoi pazienti con queste caratteristiche:

Paziente giovane (età oltre 35 anni), Episodi ripetuti di prostatite non batterica con LUTS, dolore fastidio perineale, sovrappubico o scrotale

*1 In questa area ti chiediamo di descrivere brevemente (min 5 max 20 righe) il caso proposto

*2 Età del paziente

*3 BMI (Body Mass Index)

*4 Comorbidità: seleziona nell'elenco sottostante le/le patologie rilevate nel tuo paziente

- Diabete mellito
- Asma bronchiale
- Polineuropatia
- Anemia
- Epatite cronica
- Pancreatite cronica
- Tireopatie
- Depressione e/o ansia
- Iperensione arteriosa
- Cardiopatia ischemica

HOME PAGE PRESENTAZIONE PROGETTO BOARD SCIENTIFICO CONTATTI

PROGETTO
CLIC - URO
CLINICAL CASES IN UROLOGY



Sei collegato come Admin User:
(Ritorna al mio ruolo normale)

Home > CUro

Impostazioni

- Amministrazione del corso
 - Valutazioni
- Impostazioni profilo

Cerca

Casi Clinici

- [Paziente con Prostatite](#)
- [Paziente con Ipertrofia Prostatica Benigna](#)

Sei collegato come Admin User:
(Ritorna al mio ruolo normale)