

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Σύνδρομο χρόνιας προστατίτιδας/χρόνιου πυελικού πόνου: «Απορία ψάλτου βήξ»

Κ. Σταματίου¹, Μ. Ιωάννου¹, Μ. Καραμάνης¹, Γ. Δόσπρας¹, Γ. Χριστόπουλος²¹ Ουρολογική Κλινική και ² Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το σύνδρομο χρόνιας προστατίτιδας/χρόνιου πυελικού πόνου (CP/CPPS, κατηγορίες IIIa και IIIb, NIH-NIDDK), παλαιότερα γνωστό ως χρόνια μη βακτηριακή προστατίτιδα, συνήθως εμφανίζεται με χρόνια πυελική δυσφορία και διαλείποντα πυελικό πόνο για ≥ 3 μήνες χωρίς αναγνωρίσιμη λοίμωξη. Οι διαταραχές ούρησης και η σεξουαλική δυσλειτουργία μπορεί να συνοδεύουν τον πόνο. Υπάρχει μεγάλη ποικιλία στη διάρκεια και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Αυτή η πάθηση δεν σχετίζεται με λοίμωξη του προστάτη, όπως αποδεικνύεται από τις τυπικές μικροβιολογικές μεθόδους. Η διάγνωση του συνδρόμου αυτού βασίζεται επί του παρόντος στην απουσία βακτηρίων στα δείγματα προστατικού εκκρίματος και ούρων μετά την μάλαξη του προστάτη. Επιπλέον η παρουσία ή μη προσφαιρίων στα παραπάνω δείγματα στοιχειοθετεί την διάκριση μεταξύ του φλεγμονώδους και του μη φλεγμονώδους τύπου χρόνιας μη βακτηριακής προστατίτιδας. Δεδομένου ότι, αφενός τα βασισμένα στα ευρήματα της εξέτασης Meares - Stamey διαγνωστικά κριτήρια σήμερα θεωρούνται αμφιλεγόμενα και, αφετέρου υπάρχει τάση υπεραπλούστευσης στην διάγνωση της προστατίτιδας, παρατηρείται αύξηση της συχνότητας των διαγνώσεων και της επιλογής άστοχων θεραπειών. Στο παρόν πόνημα αναλύεται το εν λόγω σύνδρομο και παρουσιάζονται νέες προσεγγίσεις στην διάγνωση του συνδρόμου

Λέξεις ευρετηρίου: χρόνια προστατίτιδα, σύνδρομο χρόνιου πυελικού άλγους, διάγνωση

Κ. Σταματίου, Μ. Ιωάννου, Μ. Καραμάνης, Γ. Δόσπρας, Γ. Χριστόπουλος Σύνδρομο χρόνιας προστατίτιδας/χρόνιου πυελικού πόνου: «απορία ψάλτου βήξ». Επιστημονικά Χρονικά 2025; 30(4): 568-579

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χρόνια μη βακτηριακή προστατίτιδα ή/και σύνδρομο χρόνιας προστατίτιδας και πυελικού πόνου, (CP/CPPS, κατηγορίες IIIa και IIIb, NIH-NIDDK), εμφανίζεται με χρόνια πυελική δυσφορία και διαλείποντα πυελικό πόνο για ≥ 3 μήνες χωρίς αναγνωρίσιμη λοίμωξη. Διαταραχές ούρησης, ψυχική δυσφορία και σεξουαλική δυσλειτουργία μπορεί να συνοδεύουν τον πόνο. Υπάρχει μεγάλη ποικιλία στη διάρκεια

και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Μολονότι τα σημεία και τα συμπτώματα αυτής της πάθησης είναι παρόμοια με της χρόνιας βακτηριακής, αυτή δεν σχετίζεται με χρόνια λοίμωξη του προστάτη, που αποδεικνύεται από τις τυπικές μικροβιολογικές μεθόδους [1].

Θεωρείται το πιο συνηθισμένο από όλα τα σύνδρομα προστατίτιδας καθώς το 35-50% των ανδρών παγκοσμίως θα εμφανίσουν συμπτώματα συμβατά με της CP/CPPS σε κάποια στιγμή της ζωής τους [2]. Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν

υπάρχουν ακριβή επιδημιολογικά στοιχεία και οι αναφορές ποικίλλουν ανάλογα με τη μελέτη και την περιοχή. Αυτές οι διακυμάνσεις σχετίζονται με διάφορους παράγοντες, όπως το γενετικό υπόβαθρο, την φυλή και την εθνοτική ομάδα, το πολιτισμικό πλαίσιο, το μορφωτικό επίπεδο, τη ψυχολογική κατάσταση, τον τρόπο ζωής, τις διατροφικές συνήθειες, την κατάσταση υγείας, τις οικογενειακές σχέσεις και άλλες κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες [2,3,4].

Άλλοι παράγοντες που αποτελούν εμπόδιο στις κλινικές επιδημιολογικές έρευνες αυτής της πάθησης περιλαμβάνουν τα συμπτώματα της που επικαλύπτονται με εκείνα άλλων ασθενειών, όπως η βακτηριακή προστατίτιδα, η δυσλειτουργία του πυελικού εδάφους και οι νευρολογικές παθήσεις. Επιπλέον, πολλοί άνδρες που παρουσιάζουν συμπτώματα CP/CPPS για άλλοτε άλλους λόγους δεν αναζητούν ιατρική φροντίδα [5]. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία το σύνδρομο εμφανίζεται σε άνδρες οποιασδήποτε ηλικίας, με την μέγιστη συχνότητα εμφάνισης στις ηλικίες μεταξύ 35-45. Παρ' όλα αυτά, πρόσφατες μελέτες υποστηρίζουν ότι η συχνότητα εμφάνισης είναι πιθανώς εξίσου υψηλή και σε νεότερους άνδρες [6].

Η διάγνωση του συνδρόμου αυτού βασίζεται επί του παρόντος στην απουσία βακτηρίων στα δείγματα προστατικού εκκρίματος και ούρων μετά την μάλαξη του προστάτη. Επιπλέον η παρουσία ή μη πυοσφαιρίων στα παραπάνω δείγματα στοιχειοθετεί την διάκριση μεταξύ του φλεγμονώδους και του μη φλεγμονώδους τύπου χρόνιας μη βακτηριακής προστατίτιδας. Δεδομένου ότι, αφενός τα βασισμένα στα ευρήματα της εξέτασης Meares-Stamey διαγνωστικά κριτήρια σήμερα θεωρούνται αμφιλεγόμενα και, αφετέρου υπάρχει τάση υπεραπλοστευσης στην διάγνωση της προστατίτιδας [2,7], παρατηρείται αύξηση της

συχνότητας των διαγνώσεων και της επιλογής άστοχων θεραπειών.

Στο παρόν πόνημα αναλύεται το εν λόγω σύνδρομο και παρουσιάζονται νέες προσεγγίσεις στην διάγνωση και την θεραπεία του συνδρόμου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στη βάση δεδομένων PubMed, χρησιμοποιώντας τους όρους: “σύνδρομο χρόνιας προστατίτιδας, σύνδρομο χρόνιου πυελικού πόνου, χρόνια μη βακτηριακή προστατίτιδα, διάγνωση, θεραπεία” στην αγγλική γλώσσα. Περιλήφθηκαν ερευνητικές εργασίες και βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις. Η αναζήτηση περιορίστηκε στις δημοσιεύσεις των τελευταίων είκοσι πέντε ετών, οι οποίες ήταν διαθέσιμες σε πλήρη έκταση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η αβεβαιότητα σχετικά με επιδημιολογία, την πραγματική συχνότητα εμφάνισης και την ηλικιακή κατανομή αυτής της πάθησης με τις συνεπακόλουθες αστοχίες στην διάγνωση και την θεραπεία οφείλεται κυρίως στην έλλειψη γνώσης σχετικά με τον μηχανισμό ανάπτυξης της πάθησης αυτής. Η αναγνώριση ενός ευρέος φάσματος συνυπαρχουσών παθήσεων και προδιαθεσικών παραγόντων υπογραμμίζει την πλήρη έλλειψη κατανόησης αυτού του σύνθετου φαινομένου: Παράγοντες όπως η ηλικία, το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης και τα χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου [8-10]. Ωστόσο, ο ακριβής μηχανισμός με τον οποίο οι παραπάνω παράγοντες συμβάλλουν στην

ανάπτυξη του συνδρόμου CP/CPPS παραμένει άγνωστος.

Εξ ορισμού, η πάθηση δεν σχετίζεται με μικροβιακή λοίμωξη αποδεδειγμένη με τις τυπικές μικροβιολογικές μεθόδους. Για αυτόν το λόγο ορισμένοι συγγραφείς έχουν προτείνει τη λιθίαση του προστάτη ως κύριο προδιαθεσικό παράγοντα για την μη λοιμώδη φλεγμονή του προστάτη. Μάλιστα, ιστολογικές μελέτες έχουν δείξει παρουσία λεμφοκυτταρικών διηθήσεων, στις κοιλότητες που περιβάλλουν τους λίθους των οποίων η διαβρωτική επίδραση συμβάλλει στην ανάπτυξη τοπικής φλεγμονής [11]. Ωστόσο, η λιθίαση, η οποία είναι ένα πολύ συχνό εύρημα στο υπερηχογράφημα του προστάτη, εντοπίζεται και σε υγιή άτομα και δεν αποτελεί ειδικό ή παθολογικό στοιχείο της προστατίτιδας [12,13].

Η επίδειξη ανθρώπινων στρωματικών κυττάρων του προστάτη που δρουν αντιγόνα, όχι μόνο ικανά να ενεργοποιούν τα CD4(+) T λεμφοκύτταρα, αλλά και να παράγουν IL-12 και IL-23, υποδηλώνει αυτοάνοση προέλευση του CP/CPPS. Σε επιβεβαίωση των παραπάνω, μια μελέτη έδειξε ότι πολλά άτομα με προστατίτιδα είναι πιο επιρρεπή σε αλλεργίες. Κατά συνέπεια, το σύνδρομο CP/CPPS μπορεί να αντιπροσωπεύει μια αυτοάνοση φλεγμονή που σχηματίστηκε μετά από προηγούμενη μικροβιακή λοίμωξη [14].

Στην πραγματικότητα, ο προστάτης αδένας αμφισβητείται ως εστία του CP/CPPS: η σύγκριση ερωτηματολογίων (προσαρμοσμένων ως προς το φύλο) μεταξύ ανδρών και γυναικών στον γενικό πληθυσμό αποκάλυψε ότι το 5,7% των γυναικών πάσχει από αντίστοιχο πυελικό πόνο σε σχέση με μόλις το 2,7% των ανδρών [15]. Με βάση αυτή την διαπίστωση διατυπώθηκαν άλλες θεωρίες που περιλαμβάνουν τη

χρόνια δυσλειτουργία του πυελικού εδάφους, ψυχολογικούς παράγοντες και δυσλειτουργία στο νευρικό και ενδοκρινικό σύστημα. Σύμφωνα με ορισμένους συγγραφείς, η δυσλειτουργία του πυελικού εδάφους σχετίζεται με άγχος ή στρες, με αποτέλεσμα χρόνια, ασυνείδητη συστολή των μυών του πυελικού εδάφους, η οποία οδηγεί στο σχηματισμό σημείων πυροδότησης και πόνου. Ο πόνος οδηγεί σε περαιτέρω άγχος και, ως εκ τούτου, σε επιδείνωση της πάθησης [16].

Μια πιο σύνθετη θεωρία υποστηρίζει ότι το CP/CPPS οφείλεται σε αλληλεπίδραση μεταξύ ψυχολογικών παραγόντων και δυσλειτουργίας στο ανοσοποιητικό, νευρικό και ενδοκρινικό σύστημα. Ο ακριβής μηχανισμός δεν είναι γνωστός. Ωστόσο, πιστεύεται ότι η τοπική φλεγμονή προκαλεί υπερβολική παραγωγή ορμονών του φλοιού των επινεφριδίων που προκαλείται από στρες και δυσλειτουργία του άξονα υποθαλαμίου-υποφυση-επινεφριδίων [17,18]. Αυτό μπορεί να επηρεάσει το περίπλοκο δίκτυο εγκεφαλικών περιοχών που εμπλέκονται στη ρύθμιση του πόνου της ουροδόχου κύστης, οδηγώντας ενδεχομένως σε επίμονο πόνο [19].

Παρόλο που έχουν εντοπιστεί διάφοροι αιτιολογικοί παράγοντες και έχουν διατυπωθεί, θεωρίες παθογένεσης η αίτια παραμένει άγνωστη. Από το 2007, το Δίκτυο Έρευνας «Multidisciplinary Approach to the Study of Chronic Pelvic Pain» έχει ομαδοποιήσει το σύνδρομο CP/CPPS με το σύνδρομο διάμεσης κυστίτιδας/επώδυνης κύστης (IC/PBS) [2], βασισμένο στα παρόμοια προφίλ συμπτωμάτων τους, υπό τον γενικό όρο «σύνδρομο χρόνιου ουρολογικού πυελικού άλγους (UCPPS)». Υπό το πρίσμα αυτών των στοιχείων, διερευνώνται οι πιθανές σχέσεις μεταξύ του UCPPS και άλλων

χρόνιων παθήσεων που παρατηρούνται σε ασθενείς με IC/PBS και CP/CPPS, όπως το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, η ινομυαλγία και το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης [20]. Η παθοφυσιολογία όλων αυτών των ασθενειών φαίνεται να παρουσιάζει ομοιότητες που σχετίζονται με αλλαγές που υφίστανται συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου κατά τη μετάβαση από τον οξύ στον χρόνιο πόνο [21].

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το σύνδρομο CP/CPPS χαρακτηρίζεται από πόνο ή δυσφορία στα γεννητικά όργανα, την πυέλο ή/και το περίνεο χωρίς σαφή ένδειξη ουρολοίμωξης, που διαρκεί περισσότερο από 3 μήνες. Η δυσφορία είναι συνήθως διάχυτη, χρόνια και συνεχής. Ο πόνος συχνά εντοπίζεται στο περίνεο, τους όρχεις, την άκρη του πέους, την ηβική περιοχή ή την περιοχή της ουροδόχου κύστης και μπορεί να αντανακλά στη βουβωνική χώρα ή τους γλουτούς ή/και στην πλάτη και το ορθό. Ο πόνος μπορεί να είναι διαλείπων (π.χ., ένταση ή σπασμός των μυών του πυελικού εδάφους) ή σταθερός (π.χ., πόνος καύσου στο πέος). Ο πόνος μπορεί να είναι σαν κάψιμο, πόνος ή οξύς πόνος. Η ένταση ποικίλλει από ελαφριά (π.χ., αίσθημα βάρους στη βουβωνική χώρα) έως έντονη (πόνος στο ορθό, που κάνει το κάθισμα άβολο). Μπορεί να υπάρχουν δυσουρία, αρθραλγία, μυαλγία, δυσκοιλιότητα ή πόνος με τις κενώσεις και ανεξήγητη κόπωση [22]. Στην πολυπλοκότητα του συνδρόμου συμβάλλει η τυχόν παρουσία συστηματικών συμπτωμάτων που αφορούν το ουροποιητικό (όπως συχνουρία, έπειξη προς ούρηση, νυκτουρία, αργή ή διακεκομμένη ροή των ούρων και αίσθημα ατελούς κένωσης), το γεννητικό (όπως επώδυνη εκοπερμάτιση, πόνο

κατά τη διάρκεια ή μετά τη σεξουαλική επαφή, στυτική δυσλειτουργία, μειωμένη λίμπιντο και πρόωρη εκοπερμάτιση) και το ψυχονευρικό σύστημα (άγχος ή κακή διάθεση) [23].

Η αξιολόγηση του ασθενούς αποτελείται από ένα λεπτομερές ιατρικό, σεξουαλικό και ψυχικό ιστορικό υγείας. Αυτό περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με την έναρξη και τη διάρκεια της πάθησης, καθώς και τυχόν παράγοντες που μπορεί να συμβάλλουν σε αυτήν. Η κλινική εξέταση είναι ζωτικής σημασίας για την ανίχνευση τυχόν σωματικών ανωμαλιών και υποκείμενων προβλημάτων υγείας.

Στην πραγματικότητα, δεν υπάρχουν ειδικές διαγνωστικές εξετάσεις για το CP/CPPS. Η συμβατική δοκιμασία Meares-Stamey είναι υποχρεωτική για τη διάγνωση του CP/CPPS αποκλείοντας βακτηριακή λοίμωξη. Ωστόσο, η δοκιμασία MS μπορεί να διακρίνει μόνο μεταξύ φλεγμονώδους και μη φλεγμονώδους τύπου (Κατηγορίες IIIa και IIIb) με βάση τα επίπεδα πρσοφαιρίων στο δείγμα προστατικής έκκρισης (EPS). Ωστόσο πρόσφατες μελέτες αμφισβητούν τη διάκριση μεταξύ των κατηγοριών IIIa και IIIb, καθώς και οι δύο κατηγορίες εμφανίζουν ιστολογικές ενδείξεις φλεγμονής ενώ και στις δυο ανευρίσκονται αυξημένες τιμές ειδικών δεικτών φλεγμονής, όπως οι κυτοκίνες [15]. Ως εκ τούτου, αυτές οι υποκατηγορίες έχουν περιορισμένη κλινική χρήση [24].

Η διάγνωση του συνδρόμου αυτού είναι στην πραγματικότητα διάγνωση αποκλεισμού, που σημαίνει ότι πρέπει να αποκλειστούν άλλες ουρολογικές και μη ουρολογικές παθήσεις.

Η γενική εξέταση αίματος με τη μέτρηση των επιπέδων των λευκών αιμοσφαιρίων για την πιθανότητα οξείας φλεγμονής, ο έλεγχος γλυκόζης νηστείας, για την πιθανότητα διαβήτη

και ορμονικές εξετάσεις όπως τα επίπεδα τεστοστερόνης για τον αποκλεισμό ορμονικών αιτιών είναι χρήσιμες μη ειδικές εξετάσεις. Η εξέταση PSA ορού δεν παρέχει κανένα όφελος για τον ασθενή. Παρ' όλα αυτά, μπορεί να πραγματοποιηθεί επί υποψίας καρκίνου του προστάτη με βάση τα ευρήματα της δακτυλικής εξέτασης.

Διάφορες μελέτες έχουν δείξει αυξήσεις στους δείκτες φλεγμονής στο EPS των ανδρών με κατηγορίες IIIa και IIIb CP/CPPS, όπως κυτοκίνες (αντιφλεγμονώδης κυτοκίνη TGFβ1 και προφλεγμονώδης κυτοκίνη IFN-γ, IL-2, IL-10 και TNF-άλφα), χημειοκίνες (ιντερλευκίνες 2,8,10), μυελοϋπεροξειδάση, Νευρικό αυξητικό παράγοντα, και πρωτεΐνη δέσμησης ασβεστίου S100 A12. Πειραματικές δοκιμές για τη μέτρηση των επιπέδων των παραπάνω βιοδεικτών στο σπέρμα και το προστατικό υγρό θα μπορούσαν να είναι χρήσιμες στο μέλλον [25-29]. Ο Δείκτης Συμπτωμάτων της Χρόνιας Προστατίτιδας (NIH-CPSI) είναι ένα διεθνώς αποδεκτό ερωτηματολόγιο που διευκολύνει την ερμηνεία των συμπτωμάτων κατά την πρώτη εμφάνιση, την σύγκριση δεδομένων πριν και μετά τη θεραπεία, τη μακροπρόθεσμη παρακολούθηση [30,31]. Περιλαμβάνει 3 πεδία ερωτήσεων που εξετάζουν τον πόνο (εντόπιση, συχνότητα, σοβαρότητα: ερωτήσεις 1-4), την ούρηση (συμπτώματα αποφρακτικά ή/και ερεθιστικά: ερωτήσεις 5,6) και την επίδραση του συνδρόμου στην ποιότητα ζωής (ερωτήσεις 7 και 8).

Το σύστημα ταξινόμησης "UPOINT" αναπτύχθηκε από τους ουρολόγους Shoskes και Nickel για να επιτρέψει την κλινική ταξινόμηση των συμπτωμάτων ενός ασθενούς σε έξι ευρείες κατηγορίες: 1) Ουρολογικά συμπτώματα, 2) Ψυχολογική δυσλειτουργία, 3) Συμπτώματα ειδικά για όργανα, 4) Λοιμώδη αίτια, 5)

Νευρολογική δυσλειτουργία, 6) Ευαισθησία των μυών του πυελικού εδάφους. Αργότερα, οι Magri et al. πρόσθεσαν έναν επιπλέον τομέα Σεξουαλικής Δυσλειτουργίας, δημιουργώντας έτσι το σύστημα UPOINT 'S [32,33].

Ασθενείς με τον ουρολογικό φαινότυπο είναι δυνατόν να πάσχουν από δυσλειτουργία του εξωστήρα με αποτέλεσμα ατελή κένωση της ουροδόχου κύστης ή από υπερτροφία του αυχένα της ουροδόχου κύστης ή στένωση της ουρήθρας. Οι καταστάσεις αυτές μπορούν να αποκλειστούν μέσω της υπερηχογραφίας, της κυστεοσκόπησης και ουροδυναμικών μελετών [34,35].

Προυπάρχουσα κατάθλιψη, άγχος και στρες μπορεί να κρύβονται πίσω από τον ψυχοκοινωνικό φαινότυπο του συνδρόμου CP/CPPS. Πρέπει μάλιστα να σημειωθεί ότι τα υπάρχοντα στοιχεία δεν επιτρέπουν να εξαχθεί οριστικά το συμπέρασμα εάν τα ψυχολογικά προβλήματα αποτελούν παράγοντα κινδύνου για το CP/CPPS ή πράγματι αποτελούν μέρος του συνδρόμου. Αν και η συχνότητα και η σοβαρότητα αυτών των διαταραχών σπάνια μελετώνται σε αυτούς τους ασθενείς, υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι επηρεάζουν αρνητικά την πρόγνωση του συνδρόμου. Για το λόγο αυτό, η ψυχολογική αξιολόγηση αυτών των ασθενών (ειδικά στην περίπτωση νεότερων ανδρών) έχει μεγάλη σημασία [36,37].

Επομένως, η διερεύνηση αυτού του τομέα μοιάζει περισσότερο με αξιολόγηση των συμπτωμάτων παρά με μια τυπική διαδικασία διαφορικής διάγνωσης.

Συγκεκριμένα ερωτηματολόγια που μπορούν να αξιολογήσουν αυτούς τους ασθενείς είναι το Beck Anxiety Inventory (BAI), Perceived Stress Scale (PSS), Type A Personality Test (TAPT), Symptom Checklist 90 (SCL-90) και pain

catastrophizing scale (PCS). Άλλα ειδικά ερωτηματολόγια Other specific questionnaires include Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7), Oxford Happiness Questionnaire (OHQ), and Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire (TEMPS-A) είναι επίσης χρήσιμα [38-41].

Τα συμπτώματα και τα σημεία που αφορούν συγκεκριμένα όργανα εμπλέκουν την ουρήθρα (συνεχής πόνος ή κάψιμο κατά την ούρηση), τον προστάτη (ευαισθησία ή σκληρία στην ψηλάφηση και αιμοσπερμία) ή/και την ουροδόχο κύστη (πόνος κατά την πλήρωση της κύστης που βελτιώνεται με την ούρηση) ως παράγοντες που οδηγούν σε συμπτώματα. Η ουρηθροσκόπηση, το ουρητηρικό επίχρισμα και η καλλιέργειά του μπορούν να διακρίνουν μια χρόνια μη παραγωγική ουρηθρίτιδα που παρερμηνεύεται ως CP/CPPS. Το διορθικό υπερηχογράφημα μπορεί να διερευνήσει τα αίτια της ευαισθησίας (υποψία φλεγμονής του προστάτη, απόστημα ή άλλης παθολογία) και της αιμοσπερμίας (λιθίαση/ασβεστοποίηση του προστάτη, καρκίνος του προστάτη). Η βιοψία προστάτη θα πρέπει να προσφέρεται μόνο εάν υπάρχει υποψία καρκίνου του προστάτη με βάση το επίπεδο PSA ή/και τα αποτελέσματα της δακτυλικής εξέτασης. Η κυστεοσκόπηση εξυπηρετεί τη διαφορική διάγνωση μεταξύ του συνδρόμου διάμεσης κυστίτιδας και χρόνιου άλγους της ουροδόχου κύστης με το σύνδρομο CP/CPPS [42-44].

Σε ότι αφορά στα λοιμώδη αίτια, σε περίπτωση ισχυρής υποψίας μικροβιακής λοίμωξης, θα πρέπει να διενεργείται διερεύνηση για παθογόνα βακτήρια που δεν ελέγχονται συνήθως (π.χ. μυκόπλασμα, ουρεόπλασμα και chlamydia trachomatis). Αρκετοί ερευνητές

έδειξαν ότι πολλοί ασθενείς που ταξινομούνται ως CP/CPPS κατηγορίας IIIb βάσει συμβατικών διαγνωστικών μεθόδων μπορεί να έχουν βακτηριακή εμπλοκή. Ωστόσο, άλλοι δεν έχουν βρει καμία συσχέτιση [45,46].

Ο νευρολογικός φαινότυπος αφορά σε ασθενείς που αναφέρουν πόνο που εκτείνεται εκτός της κάτω κοιλίας, των γεννητικών οργάνων και της πυέλου. Στην πραγματικότητα διάφορες μη ουρολογικές παθήσεις έχουν παρόμοια πρότυπα πόνου με την CP/CPPS όπως η ινομυαλγία, το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου και η κήλη οσφυϊκού δίσκου. Μια ποικιλία απο απεικονιστικές (συμπεριλαμβανομένων των αξονικών τομογραφιών ή/και των υπερήχων) και κλινικές εξετάσεις, και της κολονοσκόπησης μπορεί να βοηθήσουν τη διαφορική διάγνωση. Βασιζόμενες στα ευρήματα ερωτηματολογίων όπως τα widespread pain index (WPI) και symptom severity (SS) scale [47,48].

Οι ασθενείς με φαινότυπο ευαισθησίας παρουσιάζουν σπασμούς, ευαισθησία ή/και σημεία ενεργοποίησης των μυών της λεκάνης ή της κοιλιάς, τα οποία διαγιγνώσκονται με την κλινική εξέταση των γεννητικών οργάνων και της κοιλιάς. Μελέτες επιφανειακού ηλεκτρομυογραφήματος (sEMG) έδειξαν ότι το CP/CPPS χαρακτηρίζεται από αυξημένη διέγερση των μυών του πυελικού εδάφους και μειωμένο συντονισμό. Επομένως, η sEMG θα μπορούσε να χρησιμεύσει ως διαγνωστικό εργαλείο [49].

Η σεξουαλική δυσλειτουργία η οποία περιλαμβάνει την στυτική δυσλειτουργία, την δυσλειτουργία εκσπερμάτισης, την οργασμική δυσλειτουργία και τη μειωμένη λίμπιντο, αποτελεί σχετικά συχνό πρόβλημα των πασχόντων από το σύνδρομο CP/CPPS. Ωστόσο, ορισμένες μελέτες δεν υποστηρίζουν

την προσθήκη του φαινότυπου σεξουαλικής Δυσλειτουργίας, καθώς δεν διαπιστώνεται συσχέτιση μεταξύ της σοβαρότητας της στοτικής δυσλειτουργίας και των υπόλοιπων τομέων του UPOINT [48,49]. Επιπλέον, η σεξουαλική δυσλειτουργία μπορεί να προϋπάρχει για χρόνια πριν από την έναρξη του CP/CPPS. Για να προσδιοριστεί εάν η στοτική δυσλειτουργία είναι σωματική ή ψυχολογική, μπορούν να χρησιμοποιηθούν η Καταγραφή νυκτερινών στύσεων με τη συσκευή Rigiscan και το triplex πείκων αγγείων με ενδοσηραγγώδη έγχυση παπαβερίνης ή προσταγλανδίνης.

Όσο η αιτία της ΧΠ/ΧΠΠ παραμένει άγνωστη, δεν υπάρχει αιτιολογική θεραπεία. Συνεπώς, η τρέχουσα θεραπεία επικεντρώνεται στην ανακούφιση των συμπτωμάτων. Το σύστημα ταξινόμησης "UPOINT" επιτρέπει την εξατομίκευση της θεραπείας και παρέχει πολυτροπική θεραπεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το σύνδρομο CP/CPPS χαρακτηρίζεται από μια ποικιλία σύνθετων συμπτωμάτων. Η διάγνωση του συνδρόμου αυτού βασίζεται επί του παρόντος στην απουσία βακτηρίων στα δείγματα προστατικού εκκρίματος και ούρων μετά την μάλαξη του προστάτη. Δεδομένου ότι, αφενός τα βασισμένα στα ευρήματα της εξέτασης Meares-Stamey διαγνωστικά κριτήρια σήμερα θεωρούνται αμφιλεγόμενα, αφετέρου λόγω της αλληλοκάλυψης με άλλες παθήσεις, η διάγνωση είναι δύσκολη και χρονοβόρα. Προς το παρόν δεν υπάρχει ένας εγκεκριμένος διαγνωστικός αλγόριθμος για την διευκόλυνση της διάγνωσης. Έτσι, η χρήση του συστήματος UPOINT μπορεί να περιορίσει το εύρος της αναζήτησης με την χρήση εστιασμένων ερωτηματολογίων & εξειδικευμένων εξετάσεων. Το ίδιο σύστημα επιτρέπει την εξατομίκευση της θεραπείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Shoskes D. Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. Humana Press. 2008 p. 171.
2. Dimitrakov J, Dimitrakova E. Urologic chronic pelvic pain syndrome--looking back and looking forward. Folia Med (Plovdiv). 2009;51(3):42-4
3. Alshahrani S, Fathi BA, Abouelgreed TA, El-Metwally A. Comparative Efficacy of Pharmacological Interventions for Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Healthcare (Basel). 2025;13(22):2956.
4. Zhang J, Liang C, Shang X, Li H. Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome: A Disease or Symptom? Current Perspectives on Diagnosis, Treatment, and Prognosis. Am J Mens Health. 2020;14(1):1557988320903200.
5. Shoskes D, Katz E. Multimodal therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Curr Urol Rep. 2005;6(4):296-299.
6. Daniels NA, Link CL, Barry MJ, McKinlay JB. Association between past urinary tract infections and current symptoms suggestive of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. J Natl Med Assoc. 2007;99 (5):509-516.

7. Stamatiou K, Magri V, Perletti G, Samara E, Christopoulos G, Trinchieri A. How urologists deal with chronic prostatitis? The preliminary results of a Mediterranean survey. *Arch Ital Urol Androl.* 2020;92(4):1-4
8. Chen J, Zhang H, Niu D, et al. The risk factors related to the severity of pain in patients with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. *BMC Urol.* 2020;20(1):154.
9. Bartoletti R, Mondaini N, Pavone C, et al. Introduction to chronic prostatitis and chronic pelvic pain syndrome (CP/ CPPS). *Arch Ital Urol Androl.* 2007;79(2):55-7
10. Freeman MR, Solomon KR. Cholesterol and benign prostate disease. *Differentiation* 2011;82(4-5):244-52.
11. Stamatiou K, Magri V, Perletti G, Trinchieri A, Lacroix RE, Rekleiti N, et al. Prostatic calcifications are associated with a more severe symptom burden in men with type II chronic bacterial prostatitis. *Arch Ital Urol Androl* 2019;91(2):1-5
12. Geramoutsos I, Gyftopoulos K, Perimenis P, et al. Clinical correlation of prostatic lithiasis with chronic pelvic pain syndromes in young adults. *Eur Urol.* 2004;45(3):333-7.
13. Engelhardt PF, Seklehner S, Brustmann H, et al. Association between asymptomatic inflammatory prostatitis NIH category IV and prostatic calcification in patients with obstructive BPH. *Minerva Urol Nefrol.* 2016;68(3):242-13.
14. Penna G, Fibbi B, Maggi M, Adorini L. Prostate autoimmunity: from experimental models to clinical counterparts. *Exper Rev Immunol* 2009;5(5):577-86.
15. Han CL, Deng YX, Hu P, Hu BT, Wang T, Liu JH, Li MC. Comparison of cytokine levels in prostatic secretion between the IIIa and IIIb subtypes of prostatitis. *Asian J Androl.* 2024;26(1):77-84
16. Anderson RU, Wise D, Nathanson NH. Chronic Prostatitis and/or Chronic Pelvic Pain as a Psychoneuromuscular Disorder – A Meta-analysis. *Urology.* 2018;120:23–29.
17. Dimitrakov J, Joffe HV, Soldin SJ, Bolus R, Buffington CA, Nickel JC. Adrenocortical hormone abnormalities in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urology.* 2008;71(2):261–266. 16.
18. Theoharides TC, Cochrane DE. Critical role of mast cells in inflammatory diseases and the effect of acute stress. *J. Neuroimmunol.* 2004;146(1-2):1-12.
19. Sadler KE, Kolber BJ. Urine Trouble: Alterations in Brain Function Associated with Bladder Pain. *J. Urol.* 2016;196(1): 24–32.
20. Adamian L, Urits I, Orhurhu V, Hoyt D, Driessen R, Freeman JA, et al. A Comprehensive Review of the Diagnosis, Treatment, and Management of Urologic Chronic Pelvic Pain Syndrome. *Curr Pain Headache Rep.* 2020;24 (6):27.
21. Murphy A, Macejko A, Taylor A, Nadler R. Chronic prostatitis: management strategies. *Drugs.* 2009;69(1):71–84.

22. Clemens, J Quentin, Meenan, Richard T, O'Keeffe Rosetti, Maureen C, Gao, Sara Y, Calhoun, Elizabeth A. Incidence and clinical characteristics of National Institutes of Health type III prostatitis in the community. *J Urol.* 2005;174(6):2319–2322.
23. Borgert BJ, Wallen EM, Pham MN. Prostatitis: A Review. *JAMA.* 2025;334(11):1003-1013.
24. Delavierre D, Rigaud J, Sibert L, Labat JJ. Approche symptomatique des douleurs "prostatiques" chroniques et du syndrome douloureux pelvien chronique [Symptomatic approach to chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome]. *Prog Urol.* 2010;20(12):940-53.
25. Ding XG, Li SW, Zheng XM, Hu LQ IFN-gamma and TGF-beta1 levels in the EPS of patients with chronic abacterial prostatitis. *Zhonghua Nan Ke Xue* 2006;12(11):982–984.
26. Khadra A, Fletcher P, Luzzi G, Shattock R, Hay P. Interleukin-8 levels in seminal plasma in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and nonspecific urethritis. *BJU Int.* 2006;97(5):1043–1046.
27. He L, Wang Y, Long Z, Jiang C. Clinical Significance of IL-2, IL-10, and TNF-alpha in Prostatic Secretion of Patients With Chronic Prostatitis. *Urology.* 2009;75(3):654–657.
28. Watanabe T, Inoue M, Sasaki K, Araki M, Uehara S, Monden K, et al. Nerve growth factor level in the prostatic fluid of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome is correlated with symptom severity and response to treatment. *BJU Int.* 2010;108(2):248–251.
29. Manthey M, Dansranjav T, Yan H, Pilatz A, Schuppe HC, Rosellen J, Krämer HH, Neumann E, Wagenlehner F, Schagdarsurengin U. S100A12 correlates with inflammatory and pain symptoms in patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Pain.* 2025;36:105536.
30. Turner JA, Ciol MA, Von Korff M, Berger R. Validity and responsiveness of the national institutes of health chronic prostatitis symptom index. *J Urol.* 2003;169:580-583.
31. Propert KJ, Litwin MS, Wang Y, et al. Responsiveness of the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI). *Qual Life Res.* 2006;15:299-305.
32. Shoskes DA, Nickel JC, Dolinga R, Prots D. Clinical phenotyping of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and correlation with symptom severity. *Urology* 2009;73(3):538–542.
33. Magri V, Wagenlehner F, Perletti G, et al. Use of the UPOINT chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome classification in European patient cohorts: sexual function domain improves correlations. *J Urol.* 2010;184(6):2339–2345.
34. Di Trapani D, Pavone C, Serretta V, Cavallo N, Costa G, Pavone-Macaluso M. Chronic prostatitis and prostatodynia: ultrasonographic alterations of the prostate, bladder neck, seminal vesicles and periprostatic venous plexus. *Eur Urol.* 1988;15(3-4):230-4.
35. Hruz P, Danuser H, Studer UE, Hochreiter WW. Non-inflammatory chronic pelvic pain syndrome can be caused by bladder neck hypertrophy. *Eur. Urol.* 2003;44(1):106–110, discussion 110.

36. Stamatou K, Magri V, Trinchieri M, Trinchieri A, Perletti G. Psychological and sexological assessment of patients with chronic prostatitis. *Arch Ital Urol Androl*. 2024 Mar 26;96(1):12452.
37. Li AS, Van Niekerk L, Wong ALY, Matthewson M, Garry M. Psychological management of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS): a systematic review. *Scand J Pain*. 2022 Aug 9;23(1):25-39.
38. Bai J, Gu L, Chen Y, et al. Evaluation of psychological stress, cortisol awakening response, and heart rate variability in patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome complicated by lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction. *Front Psychol*. 2022;13:903250.
39. Huang X, Qin Z, Cui H, et al. Psychological factors and pain catastrophizing in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS): a meta-analysis. *Transl Androl Urol*. 2020;9(2):485-493.
40. Stamatou K, Magri V, Trinchieri M, et al. Psychological and sexological assessment of patients with chronic prostatitis. *Arch Ital Urol Androl*. 2024;96(1):12452.
41. Stamatou K, Trinchieri M, Trinchieri M, et al. Chronic prostatitis and related psychological problems. Which came first: The chicken or the egg? A systematic review. *Arch Ital Urol Androl*. 2023;95(1):11300.
42. Ivanov IB, Gritsenko VA, Kuzmin MD. Distribution of secretory inhibitor of platelet microbicidal protein among urethral isolates with its correlation with prostatitis. *Asian J Androl*. 2008;10(2):189-92.
43. Krakhotkin DV, Chernylovskiy VA, Bakurov EE, et al. Evaluation of influence of the UPOINT-guided multimodal therapy in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome on dynamic values NIH-CPSI: a prospective, controlled, comparative study. *Ther Adv Urol*. 2019;11:175628721985727.
44. Doiron RC, Shoskes DA, Nickel JC. Male CP/CPPS: where do we stand? *World J Urol*. 2019;37(6):1015-1022.
45. Zhu QF, Xie H, Weng ZL, Yang YR, Chen BC. [Detection of bacterial signal of 16S rRNA gene in prostate tissues obtained by perineal approach from a patient with chronic pelvic pain syndrome]. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. 2009;89(12):823-5.
46. Kitano H, Ohge H, Tadera K, Kohada Y, Hatayama T, Shikuma H, Tasaka R, Takemoto K, Miyamoto S, Kobatake K, Sekino Y, Kitagawa H, Kashiyama S, Hinata N. A prospective evaluation of hidden bacterial involvement and antibiotic efficacy in nonbacterial CP/CPPS: addressing an underexplored therapeutic approach. *World J Urol*. 2025;43(1):554.
47. Gao D, Zhang W, Li C, Jin Y, Sun S, Zhang X, Huang S, Zhao Z, Jin B, Sun D. Is Lumbar Disk Herniation a Potential Risk Factor for Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome? Insights From a Misdiagnosed Case. *Am J Mens Health*. 2025;19(5):15579883251377300.
48. Clemens JQ, Mullins C, Ackerman AL, et al. Urologic chronic pelvic pain syndrome: insights from the MAPP Research Network. *Nat Rev Urol*. 2019;16(3):187-200.

49. Huang N, Bao K, Sun W, Yang Z, Shi J, Zha J, Zhang P, Li J, Ma M. Functional and Structural Characteristics of the Pelvic Floor in Patients with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome (CP/CPPS). *J Pain Res.* 2025;18:7351-7362.
50. Samplaski MK, Li J, Shoskes DA. Inclusion of erectile domain to UPOINT phenotype does not improve correlation with symptom severity in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urology.* 2011;78(3):653-8.
51. Arda E, Cakiroglu B, Tas T, et al. Use of the UPOINT Classification in Turkish Chronic Prostatitis or Chronic Pelvic Pain Syndrome Patients. *Urology.* 2016;97:227-231.

REVIEW

Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: "A knee-jerk diagnosis"

K. Stamatiou¹, M. Ioannou¹, M. Karamanis¹, G. Dospras¹, G. Christopoulos²

¹ Department of Urology, and ² First Department of Internal Medicine, "Tzaneio" General Hospital, Piraeus, Greece

ABSTRACT

Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS, categories IIIa and IIIb, NIH-NIDDK), formerly known as chronic nonbacterial prostatitis, usually presents with chronic pelvic discomfort and intermittent pelvic pain for ≥ 3 months without identifiable infection. Dysuria and sexual dysfunction may accompany the pain. There is a wide variation in the duration and severity of symptoms. This condition is not associated with prostate infection as demonstrated by standard microbiological methods. Diagnosis of this syndrome is currently based on the absence of bacteria in prostatic secretion and urine specimens after prostate massage. In addition, the presence or absence of white blood cells in the above specimens distinguishes between inflammatory and noninflammatory forms of chronic nonbacterial prostatitis. Given that, on the one hand, the diagnostic criteria based on the findings of the Meares-Stamey examination are currently considered controversial, on the other hand, there is a tendency to oversimplify the diagnosis of prostatitis, an increase in the frequency of diagnoses and the selection of inappropriate treatments is observed. In this paper, the syndrome in question is analyzed and new approaches to the diagnosis of the syndrome are presented.

Keywords: Chronic prostatitis, chronic pelvic pain syndrome, diagnosis,

K. Stamatiou, M. Ioannou, M. Karamanis, G. Dospras, G. Christopoulos. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: "A knee-jerk diagnosis". *Scientific Chronicles* 2025; 30(4): 568-579
