

Kategori IIIB kronik pelvik ağrı sendromlu hastalarda ürodinami bulguları

Urodynamic findings in patients with category IIIB chronic pelvic pain syndrome

Selçuk Şahin, Volkan Tuğcu, Erkan Sönmezay, Ali İhsan Taşçı

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Özet

Amaç: Non-inflamatuvar kronik pelvik ağrı sendromlu (KPAS) hastaların ürodinamik karakteristiklerini araştırmak ve bunları literatürde yayınlanmış olan çalışmalar ile karşılaştırmak.

Gereç ve Yöntemler: Yaşları 18-45 arasında değişen, kategori IIIB KPAS tanısı alan toplam 40 hasta çalışmamıza dahil edildi. Tüm hastalara NIH-CPSI formu doldurtuldu, prostat hacmi ve post-miksyonel rezidü hesaplanması amacıyla üriner ultrason yapıldı. Tüm hastalara, üroflow eğrisi, maksimum akım hızı (Qmax), maksimum akım hızında ölçülen detrusor basıncı (Pdet.Qmax), maksimum üretral basınç (MUP) ve maksimum üretral kapanma basıncı (MUCP) değerlerinin kaydedilmesi amacıyla ürodinami uygulandı. İstatistiksel analiz için student's t-test ve ki-kare testi kullanıldı (p<0.05).

Bulgular: Ortalama yaş 29.4±5.1 yıl ve ortalama semptom süresi 8.65 ay olarak hesaplandı. Qmax, prostat hacmi, sistometrik kapasite, post-miksyonel rezidü miktarı değerlerinin ortalamaları sırasıyla 18.6mL/sn, 16.9 mL, 476 mL ve 24.9 mL olarak bulunmuştur. On bir hastada (%27.5) mesane boynu darlığı bulgularına rastlandı. Bu 11 hasta (Grup 1), diğer 29 hasta ile karşılaştırıldı. Her iki grup arasında da NIH-CPSI skorları, yaşam kalitesi skorları ve işeme skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (p>0.05). Fakat grup 1'de, ağrı skorları grup 2 ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (p<0.05). Qort ve Qmax değerleri, grup 1'de anlamlı olarak daha düşük bulunurken Pdet.Qmax değeri diğer grup ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak

Abstract

Objective: To investigate the urodynamic characteristics of patients with non-inflammatory chronic pelvic pain syndrome (CPPS) and compare them to published studies in the literature.

Materials and Methods: In total, between 18-45 age, 40 patients diagnosed with category IIIB CPPS has been included to our study. National Institute of Health-Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI) score was filled up and a urinary ultrasound was performed for prostate volume and postmictional bladder volume measurement. All patients had a urodynamic examination, to assess the uroflow curve, maximum urinary flow rate (Q(max)), maximum detrusor pressure during the storage phase (Pdet.Qmax), maximum urethral pressure (MUP) and the maximum urethral closure pressure (MUCP). Student's t-test and chi-square test was used for statistical analysis. Statistical significance was considered at p<0.05.

Results: The mean age was 29.4±5.1 and the mean symptom time was 8.65 months. The mean Qmax, mean prostate volume, mean cystometric capacity, mean postmictional bladder volume were 18.6mL/sec, 16.9 mL, 476 mL, 24.9 mL, respectively. Eleven patients had bladder neck obstruction findings (27.5%). These 11 patients (Group 1) was compared to the other 29 patients (Group 2). There was no statistical significance between the two groups in terms of NIH-CPSI scores, quality of life scores and voiding scores (p>0.05). But in group 1, pain score was significantly lower compared to group 2 (p<0.05). Qave and Qmax levels were significantly lower in group 1 while Pdet.Qmax value

Geliş tarihi (Submitted): 03.09.2012

Kabul tarihi (Accepted): 23.12.2012

Yazışma / Correspondence

Doç. Dr. Volkan Tuğcu
Bakırköy Dr. Sadi Konuk
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Tel: 0532 551 07 29
E-mail: volkantugcu@yahoo.com

daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç: KPAS, 50 yaş üstü erkeklerde en sık; elli yaş altı erkeklerde de 3. en sık tanı konulan ürolojik hastalıktır. Bu görülme sıklığına rağmen etyolojisi halen bilinmezliğini korumaktadır. Birçok olguda profilaktik olarak antibiyoterapi verilmesi önerilmektedir. Bununla birlikte KPAS semptomlarının yaklaşık %30 olguda 1 yıl içinde kendiliğinden gerileyebileceğini hesaba katmalıyız.

Anahtar Kelimeler: Kategori IIIB, kronik prostatit, ürodinami.

Giriş

Kronik prostatit (KP) etyolojisi hakkında birçok teori öne sürülmüştür. Etiyolojide en çok üzerinde durulan; mikrobiyolojik faktörler, disfonksiyonel işeme, intraprostatik duktal reflü, immünolojik değişiklikler, nöral disregülasyon, pelvik taban yapısı anormallikleri ve psikolojik sebeplerdir. Bunlar içinde en çok üzerinde durulan teorilerden biri; disfonksiyonel ve yüksek basınçlı işeme ve muhtemelen bununla ilişkili intraprostatik kanallara idrar reflüsüdür (1). Persistan obstrüktif ve irritatif işeme semptomlarından sorumlu olduğu düşünülen sebepler içinde mesane boynu ya da üretral obstrüksiyon ve mesane boynu hiperplazisi ya da fibrozisi bulunmaktadır (2-5). Bu hastalıkların tanısı ürodinami ile konulmaktadır. Literatürde bu hastalardaki ürodinami bulguları ile ilgili farklı görüşler mevcuttur. Bir çok araştırmacı bu hastalarda obstrüktif tipte ürodinamik bulgular saptamıştır (6-7). Bazı çalışmalarda ise dolum sistometrisinde anormallikler saptanmıştır (8). Bazı araştırmacılar ise kronik alt üriner sistem semptomları olan erkeklerin genelde KP şeklinde yanlış tanı aldıklarını iddia etmişler ve tanı konmamış kronik işeme bozukluğuna dikkat çekmişlerdir (9-11). Bazı yayınlarda da hastaların çok az bir kısmında ürodinamik anormallikler saptanmıştır (12). Bu çalışmadaki amacımız; non-inflamatuvar KPAS'lu hastalarda ürodinamik bulguları araştırmak ve ürodinamik incelemelerin tanı ve tedavi aşamasındaki yerini literatür ile karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntemler

Mart 2006 - Temmuz 2007 tarihleri arasında polikliniğimize prostatit düşündüren alt üriner sistem semptomları ve ağrı ile başvuran 18-45 yaş arası hastalar değerlendirildi. Bütün hastalara ayrıntılı anamnez, parmakla rektal muayeneyi de içeren tam bir fizik muayene, nörolojik muayene, tam idrar tahlili (TİT) ve idrar kültür

was higher compared to the other group ($p<0.05$).

Conclusion: CPPS is the most common urologic diagnosis in men older than age 50 years and is the third most common diagnosis in men younger than age 50 years. Despite of this high occurrence the etiology is still remain unknown. It is suggested to be treated with prophylactic antibiotic in many cases. However, we must consider that the CPPS symptoms may reduce in about 30% of patients within a year.

Key Words: Category IIIB, chronic prostatitis, urodynamics.

antibiogramı (İKAB) içeren basit değerlendirme yapıldı. Amerika Ulusal Diabet, Sindirim ve Böbrek Hastalıkları Enstitüsü'nün (NIDDK) tanı kriterlerine göre çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan hastalar incelendi. İdrar tahlilinde lökosit saptanmayan ve kültüründe üreme olmayan hastalara dört kap testi yapıldı. EPS veya İM-3 (işenen mesane idrarı-3)'te mikroorganizma ve lökosit saptanmayan veya bir büyük büyütme alanında <10 lökosit saptanan hastalara kategori IIIB KPAS tanısı konuldu. Diğer patolojiler dışlandıktan sonra kategori IIIB KPAS tanısı konulan 40 hasta çalışmaya alındı. Hastalara NIH-KPSİ skoru doldurtuldu, üroflovetri uygulandı ve ultrasonografi ile prostat boyutu ve postmiksiyonel rezidü (PMR) idrar ölçümü yapıldı. 40 hasta ürodinamik inceleme yapıldı. Çalışma öncesi 3 günlük işeme günlüğü doldurtuldu. İnceleme kliniğimizde mevcut bulunan 'Life-Tech, Inc.' model multikanallı ürodinami cihazı (MMS Solara, Ankara, Türkiye) kullanılarak yapıldı. Hastalara testin neden yapıldığı, ayrıntıları ve aşamaları anlatıldı ve yazılı onam formu alındı. Uluslararası Kontinans Derneğinin standart önerilerine göre ürodinamik inceleme yapıldı (13).

İncelemeler sonucu obstrüktif bulgular saptanan hastalara α -reseptör blokleri, anstabil mesane veya overaktif mesane gibi depolama bozukluğu saptananlara antikolinerjikler, detrüsrör sfinkter dissinerjisi olanlara Diazepam 5 mg kaps 1x1 verilmesi planlandı. Ürodinamik anomali tespit edilmeyenlere klasik algoritme göre tedavi verildi (antibiyoterapi, α -reseptör blokleri veya destekleyici tedaviler).

Obstrüktif semptom ve bulguları olan ve tedaviye yanıt vermeyen hastalara 12-Fr fleksibl sistoskopi (Wolf, Germany) üretrosistoskopi yapıldı. Hruz'un tanımladığı şekilde mesane boynunun görünümü; dolum fazı sırasında dinamik olarak değerlendirilmesi yanında, hastada

mesane dolumu hissi olduğunda statik olarak değerlendirildi. Mesane boynu düzeyinde obstrüksiyon derecesini değerlendirmek için standardize edilmiş bir metod olmadığından mesane boynu hipertrofisi endoskopik görünümün seviyesine göre şöyle tanımlandı: normal, orta veya ciddi obstrüksiyon. Sadece mesane boyunun görünümü dinamik olarak endoskopik dolum sırasında ve statik olarak mesane tam dolduğunda aynı kalırsa orta veya ciddi mesane boynu hipertrofisi tanımı yapıldı (14).

İstatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma) yanısıra niceleliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında student t testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular

Hastaların yaşları 21 ile 42 arasında değişmekte olup ortalama yaş $29,4 \pm 5,1$ idi. Ortalama semptom süresi 8,65 aydı. Ortalama Qmax 18,6 ml/sn, ortalama prostat volümü 16,9 ml, ortalama sistometrik mesane kapasitesi 476 ml, ortalama postmiksiyonel rezidüel idrar volümü 24,9 ml olarak saptandı. Ürodinamik inceleme sonucu 11 hastada obstrüktif işeme paterni, 3 hastada idyopatik mesane aşırı aktivitesi ve bir hastada mesane hipersensitivitesi saptandı. Obstrüktif bulgu saptanan 11 (% 27,5) hastanın (grup 1) verileri, diğer (% 72,5) hasta (grup 2) ile karşılaştırıldı (Tablo 1).

Tablo 1: Yaş ve semptom sürelerinin gruplara göre değerlendirilmesi.

	Test değ.		
	Grup 1 (n=11) Ort±SD	Grup 2 (n=29) Ort±SD	p
Yaş (yıl)	28,3±5,7	29,8±4,9	t: 0,814; p:0,421
Semptom süresi (ay)	9,4±5,9	8,3±6,6	t: 0,485; p:0,631

t: student t test

İki grubun yaş ve semptom süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p > 0.05$).

Gruplar arasında NIH-KPSİ değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p > 0.05$), ağrı sko-

ru grup 1'de anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır ($p < 0.05$). İşeme ve yaşam kalitesi skorları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 2).

Tablo 2: Gruplara göre NIH-KPSİ, ağrı, işeme ve yaşam kalitesi skorlarının değerlendirilmesi.

	Test değ.		
	Grup 1 (n=11) Ort±SD	Grup 2 (n=29) Ort±SD	p
NIH-KPSİ	23,4±2,6	23,9±2,4	t: 0,539; p:0,593
Ağrı	9,3±1,4 (10,0)	10,3±1,2 (10,0)	Z: 2,021; p:0,043*
İşeme	6,3±1,3 (6,0)	6,0±1,1 (6,0)	Z: 0,719; p:0,472
Yaşam Kalitesi	7,72±0,78 (8,0)	7,58±1,01 (8,0)	Z: 0,840; p:0,401

t: student t test Z: Mann Whitney U test * $p < 0.05$

Ortalama akım hızı (Qave) ve maksimum akım hızı (Qmax) düzeyleri grup 1'de anlamlı düzeyde düşük olarak bulunurken ($p < 0.01$); PMR ve prostat volümü düzeyleri obstrüksiyon durumuna göre anlamlı farklılık göstermedi ($p > 0.05$). Maksimum akım hızında ölçülen detrusor basıncı (PdetQmax) ölçümleri de grup 1'de anlamlı düzeyde yüksek olarak saptandı ($p < 0.01$) (Tablo 3).

Tablo 3: Gruplar arasında Qave, Qmax, PMR, prostat volümü ve PdetQmax değerlendirilmesi.

	Test değ.		
	Grup 1 (n=11) Ort±SD	Grup 2 (n=29) Ort±SD	p
Qave	10,3±3,8 (10,0)	14,7±2,8 (15,0)	Z: 3,115; p:0,002**
PMR	28,1±20,4 (25,0)	23,6±12,6 (20,0)	Z: 0,336; p:0,737
Prostat volümü	17,5±5,4 (15,0)	16,5±3,9 (15,0)	Z: 0,260; p:0,795
Qmax	14,1±4,1 (13,0)	20,4±3,5 (21,0)	Z: 3,739; p:0,001**
PdetQmax	83,4±16,2 (80,0)	47,7±6,9 (45,0)	Z: 4,704; p:0,001**

Z: Mann Whitney U test ** $p < 0.01$

İdyopatik mesane aşırı aktivitesi saptanan 3 hastanın 2 tanesinde obstrüktif bulgular saptandı. Bu hastaların semptom skoru ortalamanın üstünde bulundu. Eksternal sfinkter elektromiyografisinde hiçbir hastada detrusör sfinkter dissinerjisi lehine bulgu saptanmadı.

Ürodinamiye bağlı komplikasyonlar şöyleydi: 1 hastada üriner retansiyon, 2 hastada hematurü, 3 hastada id-

rar yolu enfeksiyonu, 1 hastada ürosepsis nedeniyle hospitalizasyon. Ürodinamik bulgular sonucu 11 hastaya terazosin, 1 hastaya Detrusitol ve geri kalan hastalara kliniğimizde uyguladığımız klasik algoritme göre tedavi verildi. Tedaviye dirençli 4 hastaya yapılan sistoskopide orta ve ciddi derecede mesane boynu hipertrofisi saptandı.

Tartışma

Prostatit, erişkin erkeklerin ürogenital sistem ve perine bölgesinde ağrı ve alt üriner sistem semptomları ile seyreden bir hastalıktır (15). Üroloji pratiğinde en sık karşılaşılan konulardan biridir. Batı toplumlarındaki yaygınlığı % 9 dolayında bildirilmektedir (16).

Prostatit konusunda en önemli gelişmelerden biri, 1960'larda Meares ve Stamey'in dört kap alt üriner traktus lokalizasyon testini tanımlaması olmuştur (17). Bunu takiben, Drach tarafından bir sınıflandırma yapılmış ve yaklaşık otuz yıl süreyle yaygın olarak kullanılmıştır (18). Ancak pratikte görülen; nonbakteriyel prostatitin ya da prostatodininin etiolojisini aydınlatmadaki yetersizlik, tedavide ilerleme sağlamaması gibi sıkıntılar nedeniyle 1995 yılında NIDDK (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease) öncülüğünde gerçekleştirilen bir çalışma sonucunda yeni bir sınıflandırma sistemi önerilmiş, bu sınıflandırma geniş ölçüde kabul göreyerek yaygınlaşmıştır (19). Ayrıca bir semptom skoru geliştirilmiştir. NIH-KPSİ adı verilen semptom skoru bir çok dile çevrilmiştir. Klinik ve araştırmalarda kullanılacak böyle bir sınıflama ve semptom skorunun geliştirilmesi bu konuda çalışmalar yapılmasını stimüle etmiştir.

Yeni sınıflamaya göre en sık prostatit formu tip III kronik prostatit veya kronik pelvik ağrı sendromudur. Bu sendrom kendi içinde inflamatuvar ve noninflamatuvar olmak üzere iki gruba ayrılır.

Kronik bakteriyel ve nonbakteriyel prostatitin etiolojisi tam olarak anlaşılamamıştır. Çeşitli mekanizmaların hastalığın gelişiminde etkili olduğu öne sürülmüştür. Bunlardan bazıları mikrobiyolojik faktörler, disfonksiyonel işeme, intraprostatik duktal reflü, immünolojik değişiklikler, nöral disregülasyon, pelvik taban yapısı anormallikleri ve psikolojik sebeplerdir.

Etiyolojik faktörler içinde en eski olanı ve belki de en fazla üzerinde durulanı, mikroorganizmalarla ilgili olanıdır. Prostatitlerle ilgili birçok çalışma mikroorganizmaların sebep olduğu infeksiyöz bir etyolojiye bağlı olabi-

leceğini düşündürmektedir. Fakat hastaların sadece % 5-10'luk kısmında bakteriyel bir etyoloji saptanabilir. Yaklaşık % 90 olguda etyoloji bilinmemektedir (20).

KPAS'lu hastalarda ağrı dominant semptomdur fakat irritatif ve obstrüktif işeme semptomları da bu sendromda gözlemlenebilir. Bir çok yazar bu semptomlardan alt üriner sistemin yapısal ve fonksiyonel bozukluklarının sorumlu olduğunu öne sürmüştür. Bu semptomlardan sorumlu olduğu düşünülen sebepler içinde mesane çıkımı disfonksiyonu, mesane boynu hiperplazisi ve pelvik taban kasları spazmı (psödodissinerji) olabileceği söylenmiştir (5-8). Bu durumlar, disfonksiyonel yüksek basınçlı işeme ve intraprostatik kanallara idrar reflüsüne yol açan fizyolojik laminar idrar akımında bozulmaya yol açabilir. İntraprostatik duktal kanallara reflünün varlığını ilk kez Kirby ve ark. göstermiştir (1).

Bu bulgulardan hareketle KP'li hastaların alt üriner sistem fonksiyonlarını araştırmak için ürodinamik çalışmalar yapılmıştır. Bazıları, ağrının ve bunu izleyen irritatif ve obstrüktif işeme semptomlarının mesane boynu problemlerine, detrüör-sfinkter disfonksiyonuna veya işeme bozukluğunun yol açtığı yüksek basınçlı işemeye bağlı alt üriner sistem obstrüksiyonundan kaynaklandığını bildirmektedir.

Barbalias ve ark, prospektif bir çalışmada KPAS hastaları ve aynı yaştaki kontrol grubuna videoürodinami (VÜD) ve basınç akım çalışması (BAÇ) yapmışlar. Sonuçlar genel olarak benzer bulunmuş, fakat KPAS hastalarında maksimal üretral kapanma basıncının anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur (6). Videoürodinamde prostatik ve membranöz üretral segmentin distalinde daralma ve proksimal üretrada inkomplet açılma bulunmuş. Hastaların ürodinami bulgularının; maksimal akım ve ortalama üriner akım hızlarında düşme, maksimal üretral kapanma basıncında anlamlı artış, işeme sırasında eksternal üretral sfinkter seviyesinde daralmaya eşlik eden mesane boyununun huni şeklini almasında yetersizlik olduğunu bulmuşlar (6,7). Hellstrom ve ark da, prostatodinili 3 hastada prostatik üretrada artmış basınç ve voiding sistoüretrografide intraprostatik reflüyü göstermişlerdir (10).

Theodorou ve ark, prostatodini tanısı konulan 43 hastada yaptıkları ürodinamde, prostatodinili hastalarda mesane boynu seviyesinde fonksiyonel obstrüksiyon ve

dolum sistometrisinde artmış sensitivite bildirmişleridir (21).

Siroky ve ark, rekürren işeme semptomları ve perigenital ağrısı olan ya da her iki durumun olduğu daha önceden KP tanısı almış 47 erkek hastanın % 50'sinde ürodinami ile mesane arefleksisine eşlik eden nonrelakse perineal taban yapısı (çizgili kas spazmı) ve diğer % 36'lık grupta da mesane hiperrefleksisi ile beraber çizgili sfinkter relaksasyonu saptamışlardır (8).

Hruz ve ark, tedaviye dirençli 48 kategori IIIB KPAS hastasını mesane çıkım obstrüksiyonu objektif parametreleri olan endoskopi ve ürodinami ile değerlendirmişler. Üretrosistoskopide, hiçbir hastada üretra darlığı görülmemiş, 29 (% 60) hastada anlamlı mesane boynu hipertrofisi (MBH) izlenmiştir. MBH'nin, daha önce geçirilmiş enfeksiyonlar veya nedeni bilinmeyen artmış adrenerjik stimülasyon sonucu gelişen fibrozise bağlı geliştiğini öne sürmüşlerdir. MBH olan hastalarda ürodinamde diğer gruba göre artmış detrüör açılma basıncı (49 vs 29 mlH₂O), PdetQmax (55 vs 34 mlH₂O), PMR (67 vs 17 ml) ve azalmış Qmax (10 vs 17 ml/sn) bulunmuştur. Bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). NIH-KPSİ, ağrı ve yaşam kalitesi skorları arasında fark bulunmamıştır. Fakat üriner semptomlar MBH grubunda daha fazla olarak gözlenmiştir (14).

Bu araştırmacıların genel görüşü; genç erkeklerde pelvik ağrı ile ilişkili işeme disfonksiyonunun sıklıkla yanlış olarak kronik prostatit tanısı aldığı şeklindedir. Özellikle obstrüktif üriner semptomları olan hastalarda daima fonksiyonel mesane boynu disfonksiyonunu düşünmek gerektiğini söylemişler. Kronik prostatit tanısı konularak tedavi verilmiş ve semptomları düzelmemiş hastalarda fonksiyonel mesane boynu obstrüksiyonunun sık olduğunu gözlemlenmişlerdir. Ayrıca hastaların önemli bir kısmında detrüör ve sfinkter fonksiyonlarında bozukluk saptamışlar.

Bizim 40 hastalık grubumuzun hiçbiri daha önce kronik prostatit tanısı ile tedavi almamışlardı. Hastalar tanı konulmadan önce, hikaye ve gerekli testlerle detaylı olarak değerlendirildi. Semptomlara yol açabilecek diğer hastalıklar ekarte edildi. Hastalara kliniğimizde bulunan multikanallı ürodinami aleti ile konvansiyonel ürodinami ve beraberinde BAÇ uygulandı. İnceleme ve tanımlamalar ICS tarafından önerilen şekilde yapıldı (26). Hiç-

bir hastada anormal sfinkter aktivitesi saptanmadığı için obstrüksiyonun mesane boynu seviyesinde olduğunu düşündük. Ayrıca 4 hastada fleksibl sistoskopi ile mesane boynu hipertrofisi saptadık. Hastalarımızda en sık obstrüktif tipte ürodinamik bulgular tespit ettik. 11 (% 27,5) hastada obstrüktif bulgu saptandı. Sadece 3 (% 7,5) hastada idyopatik detrüör aşırı aktivitesi gözlendi. Bu hastaların 2 tanesi obstrüktif bulgu saptanan gruptaki hastalardı. Bu bulgular literatürdeki bazı yüksek değerlerle uyumlu değildi. Sfinkter EMG ile hiçbir hastada anormal aktivite izlenmedi.

Literatürü incelediğimizde; yüksek oranda ürodinamik anomali saptanan çalışmalarda genel olarak hasta seçim kriterlerinin çok net olmadığını saptadık. Bu çalışmaların çoğu, NIH tarafından KP sınıflama ve tanı kriterleri belirtilmeden önce yapılan çalışmalardır. Aynı zamanda bu çalışmalarda değerlendirilen hastaların büyük kısmının uzun süredir semptomları mevcutmuş. Genelde KP tanısı konularak başarısız ampirik tedavi almış hastalar seçilmiş. Bizim çalışmamızda daha önce tedavi almamış hastalar seçildiği için semptom süreleri daha kısa bulundu. Bu nedenlerden dolayı farklı sonuçlar ortaya çıkmış olabilir. EAU kılavuzuna göre ürodinami, KP tanısında temel bir test olmayıp opsiyoneldir. Ürodinami, mesane çıkım obstrüksiyonu, mesane boynu hipertrofisi, detrüör sfinkter dissinerjisi düşünülen hastalarla, tedaviye yanıt vermeyen veya idrar akım hızı /rezidü idrar miktarı anormal olan hastalar için önerilmiştir (22). Bizim görüşümüze göre de KP'de ürodinamik bulgular sık saptanmaz. Ürodinami ilk planda uygulanacak bir test olmamalıdır.

Klingler ve ark (23), BAÇ yapılan hastalarda üriner retansiyon, gros hematüri, İYE ve ateşi erkek hastaların % 19'unda, bayanların % 1,8'inde saptamışlar. Erkeklerde komplikasyon oranı ile postmiksyonel rezidüel idrar volümü ve yaş arasında ilişki saptanmamış. Erkeklerin % 4,8'inde inceleme sonrası üriner retansiyon gelişmiş. Bunların hepsinde anlamlı mesane çıkımı obstrüksiyonu mevcutmuş. Ayrıca obstrükte erkeklerde dizüri ve ağrı daha yüksek oranda bulunmuş. Erkeklerin % 6,2'sinde İYE gelişmiş. Ürodinamik incelemeler özellikle erkeklerde rölatif olarak yüksek komplikasyon oranı ve morbiditeye sahiptir.

Bizim çalışmamızda da 1 hastada üriner retansiyon,

2 hastada hematüri, 3 hastada İYE ve 1 hastada ürosepsis nedeniyle hospitalizasyon komplikasyonları görüldü.

Reynard ve ark, 165 hastaya peşpeşe dört üroflow yapmışlar ve peşinden PMR ölçmüşler. Üroflowmetrinin mesane çıkım tıkanıklığını tahmin etmede sensitivite ve pozitif prediktif değerinin yüksek olduğunu bulmuşlar. KPAS hastalarında peşpeşe yapılan birkaç üroflow çalışmaları, BAÇ yapılmasını sınırlandırır demişlerdir (24).

Bizim çalışmamızda obstrüksiyon saptanan 11 hastanın 8 tanesinde düşük üroflow mevcuttu. Semptom skorları değerlendirildiğinde 2 grup arasında fark saptanmadı. Sadece obstrüksiyon saptanan grupta istatistiksel olarak ağrı skoru daha düşüktü. Bu bulgunun klinik açısından önemi belirlenemedi. Bizce uygun şartlarda iki veya daha fazla üroflow yapılarak hastanın işeme paterni hakkında değerli bilgiler sağlanabilir. Böylece ürodinamik incelemelere olan ihtiyaç azalabilir.

EAU çalışma grubu, prostatit ile ilgili kılavuzların, minimum bir dizi ayırt edici tanı muayenesi içermekle yetinmemesi gerektiğine inanmaktadır. Deneyimli bir ürolog, her bireysel hasta için hangi araştırmaların gerekli olduğuna karar vermelidir (25).

Sonuç

KPAS'nun etyolojisi bilinmediğinden, nedene yönelik bir tedavi sorundur ve birçok tedavi seçeneği sadece deneyimlere dayanmaktadır. İyileştirme günümüzde gerçekçi bir hedef olmadığından, yaşam kalitesinin düzelmesine yönelik semptom yönetimi seçilebilecek tek yoldur. Günümüzde bu hastalarda basit değerlendirme sonucu tanı konulması ve tedavi verilmesi önerilmektedir. Detaylı testler yapılmadan ampirik olarak tedavi kullanılmaktadır. Bununla birlikte, KPAS'lu erkeklerin yaklaşık % 30'unda semptomların bir yıl içinde ortadan kalkacağı hatırlanmalıdır (26).

Kaynaklar

1. Kirby RS, Lowe Bultitude MI, et al. Intra-prostatic urinary reflux: an etiological factor in abacterial prostatitis. *Brit J Urol* 1982;54: 729-731.
2. Orland SM, Hanno PM, Wein AJ. Prostatitis, prostatitis and prostatodynia. *Urology* 1985;25: 439-459.
3. Blacklock NJ: Anatomical factors in prostatitis. *Br J Urol* 1974;46: 47-54.
4. Blacklock NJ: Urodynamic and psychometric observations and their implication in the management of prostatodynia. In Weidner W, Brunner H, Krause W, Rothague CF: The-
rapy of Prostatitis. Munich, Zuckswerdt, 1986; 201.
5. Bates CP, Arnold EP, Griffiths DJ. The nature of the abnormality in bladder neck obstruction. *Br J Urol* 1975;47: 651-656.
6. Barbalias GA, Meares EM, Sant GR. Prostatodynia: Clinical and urodynamic characteristics. *J Urol* 1983;130: 514-517.
7. Barbalias GA: Prostatodynia or painful male urethral syndrome? *Urology* 1990;36: 146-153.
8. Siroky MB, Goldstein I, Krane RJ. Functional voiding disorders in men. *J Urol* 1981;126: 200-204.
9. Kaplan SA, Te AE, Jacobs BZ. Urodynamic evidence of vesical neck obstruction in men with misdiagnosed chronic nonbacterial prostatitis and the therapeutic role of endoscopic incision of the bladder neck. *J Urol* 1994;152: 2063-2065.
10. Kaplan SA, Ikeguchie F, Santarosa RP, et al. Etiology of voiding dysfunction in men less than 50 years of age. *Urology* 1996;47: 836-839.
11. Kaplan SA, Santarosa RP, D'Alisera PM, et al. Pseudodys-synergie (contraction of the external sphincter during voiding) misdiagnosed as chronic nonbacterial prostatitis and the role of biofeedback as a therapeutic option. *J Urol* 1997;157: 2234-2237.
12. Mayo ME, Ross SO, Krieger JN. Few patients with "chronic prostatitis" have significant bladder outlet obstruction. *Urology* 1998;52: 417-421.
13. Reynard JM, Peters TJ, Lim C, et al. The value of multiple free-flow studies in men with lower urinary tract symptoms. *Br J Urol* 1996; 77: 813-818.
14. Hruz P, Danuser H, Studer UE, et al. Non-inflammatory chronic pelvic pain syndrome can be caused by bladder neck hypertrophy. *Eur Urol* 2003;44: 106-110.
15. Nickel JC. Prostatitis. Evolving Management Strategies. The Urologic Clinics of North America, Infections in Urology: Nov 1999; 737-751.
16. Boyle P, Keech M, Nonis A, et al: The Urepik study: A cross-sectional survey of benign prostatic hyperplasia, urinary incontinence and male erectile dysfunction, prostatitis and interstitial cystitis in the UK, France, the Netherlands and Korea. *J Epidemiol Biostat* 1998;3: 179-187.
17. Meares EM Jr, Stamey TA. Bacteriologic localization patterns in bacterial prostatitis and urethritis. *Invest Urol* 1968;5: 492-518.
18. Drach GW, Fair WR, Meares EM, et al. Classification of benign diseases associated with prostatic pain: Prostatitis or prostatodynia? *J Urol* 1978;120: 266.
19. Krieger JN, Nyberg LJ, Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis. *JAMA* 1999;282: 236-237.
20. De la Rosette JJ, Hubregtse MR, Meuleman EJ, et al: Diagnosis and treatment of 409 patients with prostatitis syndromes. *Urology* 1993;41: 301-307.
21. Mehik A, Hellstrom P, Lukkarinen O, et al. Increased intraprostatic pressure in patients with chronic prostatitis.

- Urol Res 1999; 27: 277- 279.
22. Theodorou Ch, Konidaris D, Moutzouris G, Becopoulos Th. The urodynamic profile of prostatodynia. *BJU Int* 1999; 84: 461-463.
 23. Kohn IJ, Te AE, Kaplan SA. The role of urodynamics in evaluating patients with chronic prostatitis. In: Nickel JC, editor. *Textbook of Prostatitis*. Oxford: ISIS Medical Media 1999;227-232.
 24. Klingler HC, Madersbacher S, Djavan B, et al. Morbidity of the evaluation of the lower urinary tract with transurethral multichannel pressure-flow studies. *J Urol*. 1998 Jan;159(1):191-4.
 25. Reynard JM, Peters TJ, Lim C, et al. The value of multiple free-flow studies in men with lower urinary tract symptoms. *Br J Urol* 1996;77: 813-818.
 26. Nickel JC. Clinical evaluation of the patient presenting with prostatitis. *International Consensus Conference on advances in the diagnosis and treatment of prostatitis*. *European Urology* 2003;2: 11-12.
 27. Nickel JC, Downey JA, Nickel KR. Prostatitis-like symptoms: one year later. *BJU Int* 2002;90: 678-681.