

TRATAMENTUL ANTIBACTERIAN ȘI IMUNOMODULATOR LIMFOTROP AL PROSTATITEI CRONICE CHLAMIDIENE

ANTIBACTERIAL AND IMMUNOMODULATING LIMPHOTROP TREATMENT OF CHLAMYDIAL CHRONIC PROSTATITIS

Constantin Guțu¹, Alexandru Pinterschi¹, Cornel Spînu², N.Ursachi³, V. Caraion⁴, Eduard Pleșca

¹ Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF „N.Testemițanu”;

² Secția Urologie IMSP Spitalul Clinic Republican;

³ Profilactoriul „Constructorul”;

⁴ Secția Urologie IMSP Spitalul Clinic Municipal „Sfinta Treime”

Summary

Treatment of chlamydial chronic prostatitis is an actual and very difficult problem. Standard antibiotic regimens don't bring expected results. 46 patients with the diagnosis of chronic prostatitis caused by chlamydia undergone treatment. The studied group was divided into two lots, lot 1 - treated with clindamycin by regional – local method, lot 2 – by introducing clindamycin intramuscularly. Positive effect in group 1 was present in 96%, associated with regression of clinical symptoms of chronic prostatitis, in group number two - 88% without a full clinical normalization. Our results assert that endolymphatic administration of clindamycin is effective in the treatment of chlamydial chronic prostatitis, with a higher success rate than standard method of intramuscular input.

Introducere

Prostatita cronică (PC) reprezintă, ca importanță, a treia patologie a prostatei, primele două locuri fiind ocupate de cancerul și hiperplazia benignă a prostatei.[1] Conform dateilor Asociației Americane a Urologilor, morbiditatea prin PC variază între 35% și 98% [2] și 40-70% la bărbații de vârstă reproductivă (Hellstrom et al. 1997). O valoare deosebită au rezultatele obținute de către B. Bennet et al. (1990), potrivit cărora în timpul necropsiilor a 150 de bărbați cu vârsta cuprinsă între 16 și 42 de ani, care în timpul vieții nu au avut acuze caracteristice PC, au fost depistate modificări inflamatorii în prostata a 110 dintre ei, ceea ce constituie 73%.[3]

Potrivit unor autori, una dintre cauzele principale ale apariției PC este afectarea infecțioasă a sistemului renourinar al bărbatului [4,5,6,12,13,14] ceea ce duce la tulburări ale microcirculației organelor genitale și ale prostatei.[23] Toate acestea, la rândul său, duc la apariția proceselor distrofice și proliferative în prostată. [7,15,16]

Schimbarea morfologiei prostatei este însoțită de dereglări sexuale, disurice și algice, cu o evoluție cronică persistentă, ce duc la alterarea semnificativă a capacității de muncă și a fertilității bărbatului.[8,9,17,18,19] Astfel, problema PC capătă nu doar o semnificație medicală, dar și una socială.[10, 20, 21, 22]

În 1949, B. Jones a identificat din tractul urogenital microorganismul *Chlamydia trachomatis*, și a apreciat ulterior rolul acestui agent patogen în apariția și dezvoltarea uretritelor negonococcice. Amploarea acestei probleme a rămas subestimată până la sfârșitul anilor 70 ai secolului trecut, timp în care au apărut reacțiile directe și indirecte de imunofluorescență, metode noi, certe în diagnosticul microbiologic. Astfel în SUA *Chlamydia trachomatis* a fost depistată la 51%- 57% dintre pacienții cu uretrite negonococice, 40% - 58% în Anglia și 58,3 % în URSS.[11] Prezența unui tropism deosebit de pronunțat

al acestui microorganism față de epiteliul cilindric, face țintă principală organele sistemului urogenital.

Tratamentul PC de origine chlamidiană este o problemă actuală și deosebit de dificilă. Utilizarea în terapia PC a antibioticelor este destul de efectivă, dar deseori duce doar la o ușoară scădere a semnelor clinice, ameliorarea fiind de scurtă durată. Această situație poate fi legată de faptul, că în prostată, paralel cu modificările inflamatorii, are loc și un proces congestiv, dar și alterări neurotrofice și microcirculatorii, ce necesită metode suplimentare de tratament.

În ultimul timp apar metode complexe de tratament al PC provocate de chlamidii. Un interes deosebit îl prezintă fenomenul biologic de persistență a chlamidiilor, dar și modificările reproductive și imunologice. În 1988, Шахмейстер И.Я. și Чилингаров Р.Х. în 1992, au introdus și utilizat în practică metoda limfotropă locală de antibioticoterapie.

Obiectiv

Acest studiu a avut drept scop aprecierea eficacității metodei limfotrope regional – locale în tratamentul prostatitei cronice chlamidiene.

Material și metode

Studiul prospectiv a fost efectuat în Clinica de Urologie al Spitalului Clinic Municipal „Sfinta Treime”. În perioada anilor 2009 – 2011, au fost diagnosticați și tratați 46 pacienți cu prostatită cronică chlamidiană. Criterii de includere în studiu au fost: sex masculin, vârsta peste 18 ani, diagnostic de PC chlamidiană confirmat prin PCR. Criterii de excludere: reacții alergice la preparate din grupa lincosamidelor, prezența altor infecții sexual transmisibile, tratament antimicrobian în ultimele 2 luni sau imunomodulator în ultimele 6 luni, prezența insuficienței renale sau hepatice, a adenomului de prostată, pacienți aflați sub terapie citostatică, persoane imunocompromise.

Tabelul 1

Acuzele și anamneza pacienților până la tratament

Acuze	Grup Nr.1 (n 25)		Grup Nr. 2 (n 21)		total (n 46)	
	n	%	n	%	n	%
manifestări algice	16	64	13	61,9	29	63
disurie	11	44	13	61,9	24	52,2
disfuncții erectile	6	24	4	19,1	10	21,7
dereglări neurologice	6	24	5	23,8	11	26,1
absența acuzelor	3	12	2	9,5	5	8,3
Anamneza						
uretrită sau rretroprostatită	18	72	16	76,2	34	73,9
gonoree	4	16	2	9,5	6	13,1
trichomoniază	6	24	4	19,1	10	21,7
chlamidioză	5	20	4	19,1	9	19,6
mico- ureaplasmoză	9	36	9	42,8	18	39,1
etiologia nu a fost stabilită	3	12	3	14,3	6	13,1

Toți pacienții incluși în studiu au fost repartizați în două grupuri, identice ca vârstă, durată, evoluție și tablou clinic al PC.

Grup Nr 1 – 25 de pacienți ce au fost tratați cu clindamicină introdusă local câte 0,3g de trei ori în zi, timp de 6 zile după metoda limfotropă regional – locală.

Grup Nr 2 – 21 de pacienți ce au fost tratați cu clindamicină intramuscular câte 0,6g de trei ori în zi, timp de 10 zile.

Acuze la senzație de presiune în perineu, dureri de intensitate slabă în regiunea suprapubiană, discomfort în intestinul gros și alte manifestări algice au prezentat 63% pacienți. Prurit și usturime pe traiectul uretrei, disurie și eliminări nesemnificative din uretră au apărut la fiecare al doilea pacient (52,2%). O parte semnificativă din pacienți, 21,7%, au acuzat disfuncții erectile (ejaculare precoce sau dureroasă, scăderea libidoului, erecții slabe). Dereglări neurologice (iritabilitate, apatie, astenie) au apărut la 26,1% pacienți. Anamneșticul a 73,9% bolnavi a fost complicat cu infecții urogenitale (gonoree, trichomoniază, ureaplasmoză, micoplasmoză, chlamidioză). Durata PC în ambele grupe a variat între 6 luni și 11 ani.

La etapa de diagnostic toți pacienții au fost supuși tușeului rectal, examenului ecografic al prostatei, microscopiei secretului prostatei cu aprecierea numărului leucocitelor, granulelor de lecitină și a fenomenului de cristalizare, PCR.

Examenul microscopic al secretului prostatei în ambele grupuri a demonstrat modificări patologice asemănătoare. De menționat, că 63,1% din pacienți au avut un număr de leucocite cuprins între 21 și 50 în câmp de vedere. Rezultatele sunt expuse în Tabelul 2.

Rezultate

Drept criterii de apreciere a rezultatelor tratamentului au servit: eliminarea chlamidiilor din sistemul genitourinar apreciată prin PCR, scăderea fenomenelor disurice și algice, rapiditatea și amploarea dispariției manifestărilor clinice, normalizarea secretului prostatei. La sfârșitul tratamentului toți pacienții au fost supuși examinărilor clinice și de laborator repetate, la o lună și la 3 luni.

Tabelul 2

Numărul leucocitelor în secretul prostatei la începutul tratamentului

Numărul leucocitelor în câmp de vedere	Grup Nr. 1 (n 25)		Grup Nr. 2 (n 21)	
	n	%	n	%
11 – 20	4	16	3	14,3
21 – 30	7	28	6	28,6
31 – 50	9	36	7	33,3
51 și mai multe	5	20	5	23,8

Tabelul 3

Numărul leucocitelor în secretul prostatei la sfârșitul tratamentului

Numărul leucocitelor în câmp de vedere	Grup Nr. 1 (n 25)		Grup Nr. 2 (n 21)	
	n	%	n	%
Pînă la 10	23	92	17	71,4
11 – 20	2	8	1	4,7
21 – 30	0	0	2	9,5
31 și mai multe	0	0	1	4,7

În Grupul 1, la o lună după tratament, la examen PCR, nu au fost depistate chlamidii. La un pacient, peste 3 luni au apărut chlamidii, dar acest caz a fost considerat drept reinfecție, deoarece pacientul a avut contact cu partenera nesupusă tratamentului.

În Grupul 2, la o lună după tratament, au fost depistate chlamidii la 2 (8%) pacienți, ceea ce a fost considerat drept eșec, pentru că nu au fost găsite date de reinfecție. Un caz de reinfecție a apărut la 3 luni, după ce persoana a avut un contact sexual ocazional.

Astfel, sanarea de chlamidii în lotul numărul 1 a constituit 96%, în lotul numărul doi 88%.

Spre sfârșitul tratamentului au fost obținute următoarele rezultate ale microscopiei secretului prostatei (Tabelul 3).

Conform rezultatelor expuse în acest tabel, pacienții incluși în Grupul 1 au obținut rezultate mai bune. Indicii medii de prezență a leucocitelor în secretul prostatei pacienților din Grupul 1 au corelat cu regresarea simptomatologiei clinice a PC. La pacienții incluși în Grupul 2, se observă o tendință de normalizare a secretului prostatei, dar o normalizare clinică și paraclinică deplină nu a fost obținută.

Concluzii

Rezultatele obținute ne permit să concluzionăm că administrarea endolimfatică a clindamicinei este eficientă în tratamentul PC chlamidiene. Metoda propusă în acest studiu a demonstrat un succes mai mare decât metoda standardă de administrare intramusculară a preparatului antimicrobian, atât pe termen scurt, cât și pe termen lung. Metoda limfotropă regional – locală având o durată a tratamentului cu 40% mai scurtă decât metoda standardă, este mai avantajoasă din punct de vedere economic.

Bibliografie

1. ROBERTS R.O., LIEBER M.M., BOSTWICK D.G. et al. A review of clinical and pathological prostatitis syndromes *Urology* 1997; (49): 809–821.
2. BENNET B.D., RICHARDSON P.H., GARDNER W.A. Histopatologie and cytologie of prostatitis // *Prostate diseases* / Eds. H. Lepor, R.K. Lawson. Philadelphia: 1993. P. 399 – 413.
3. B.D. BENNET, D.E. CULBERSON, C.S. PETTY et al. Histopatologie of prostatitis // *Urology*. 1990. Vol. 143. P. 265.
4. KRIEGER J.N. Chronische urogenitale Infektionen des Mannes. Prostatitis und verwandte Syndrome // *Urology*. 1994. Bd.33. N 3. S. 196 – 202.
5. SCHIEFER H.G. Microbiologie of male urethroadenitis: diagnostic procedures and criteria for etiologic classification // *Andrologia*. 1998. Vol. 30. N 1. P. 7 – 13.
6. M. OHKAWA, K. YAMAGUCHI, S. TOKUNADA et al. // *Ureaplasma urealyticum* in the urogenital tract of patients with chronic prostatitis or related symptomatology / *Br. J. Urol.* 1993. Vol. 72. N 6. P. 918 – 921.
7. LENZ L.L. Prostatitis // *A.M.B. Rev. Assoc. Med. Bras.* 1990. Vol. 36. N 1. P. 21 – 25.
8. BONGERS M. PROSTATITIS // *Acta. Urol. Belg.* 1993. Vol. 61. N 1–2. P. 161 – 173.
9. J. JARA, I. MONCADA, F. HERRANZ et al. // *Chronic prostatitis: diagnostic and therapeutic considerations* / *Actas Urol. Esp.* 1996. Vol. 20. N 3. P. 261 – 268.
10. DONOVAN D.A., NICHOLAS P.K. Prostatitis: diagnosis and treatment in primary care // *Nurse Pract.* 1997. Vol. 22. N 4. P. 144 – 146, 149 – 156.
11. ИЛЬИН И.И. Негонококковые уретриты у мужчин. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1991.
12. АФОНИН А.В. Диагностика и лечение больных хроническим уретропростатитом, осложнённым инфекциями урогенитального тракта: Автореф. дис. канд. мед. наук. М.: 1991. 15 с
13. КОВАЛЁВ Ю.Н., ИЛЬИН И.И., ЗИГАНШИН О.Р. и др. К клиническим особенностям и патогенезу хронического простатита // *Вестн. дерматологии и венерологии*. 1995. № 2. С. 50 – 52.
14. Г.А. ДМИТРИЕВ, М.М. ВАСИЛЬЕВ, А.В. АФОНИН и др // *Хронический уретропростатит, обусловленный заболеваниями, передаваемыми половым путём* / *Вестн. дерматологии и венерологии*. 1992. №3. С. 11 – 15.
15. АРБУЛИЕВ М.Г. Простатит. Махачкала: Дагучпедгиз. 1995. 112 с.
16. ЮНДА И.Ф. Болезни мужских половых органов. Киев: Здоровья. 1989. 272 с.
17. БОГОМОЛЬНЫЙ Н.Г. Этапность оказания медицинской помощи больным с хроническим простатитом: Автореф. дис. д-ра мед. наук. М.: 1989. 33 с.
18. ТИКИНСКИЙ О.Л. Руководство по андрологии. Л.: Медицина. 1990. 416 с.
19. ЮНДА И.Ф. Простатиты. Киев: Здоровья. 1987. 192 с.
20. ГОМЕЛЛА Л.Г., ФРАЙД Д.Д. Простатит и другие заболевания предстательной железы/ Пер. с англ. В.Г. Яковлева. М.: Крон-Пресс. 1995. 224с.
21. РАППОПОРТ Л.Я. Сексуальная дисгармония супружеской пары при сексуальной дисфункции у мужа после перенесённого хронического простатита и её коррекция: Автореф. дис. канд. мед. наук. Харьков: 1992. 20 с.
22. ТЕРЁШИН А.Т. Некоторые вопросы патогенеза бесплодия и сексуальных расстройств у больных хроническим простатитом / *Пятигорск. гос. фармацевт. акад.* Пятигорск: 1995. 20 с. Деп. во ВНИИМИ РФ 14.06.95. Д24656.
23. ТКАЧУК В.Н., ГОРБАЧЁВ А.Г., АГУЛЯНСКИЙ Л.И. Хронический простатит. Л.: Медицина. 1989. 208 с.

PARTICULARITĂȚILE EVOLUȚIEI CLINICE ȘI DIAGNOSTICUL PIELONEFRITEI ACUTE LA BOLNAVII CU DIABET ZAHARAT

THE PECULIARITIES OF CLINICAL EVOLUTION AND DIAGNOSIS OF ACUTE PYELONEPHRITIS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

**Eduard Pleșca¹, Adrian Tănase¹, Constantin Guțu¹, Constantin Ieșanu²,
Ilie Milici³, Victor Bobu², Artur Ieseanu²**

¹ *Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF „N. Testemițanu”*

² *Secția Urologie IMSP Spitalul Clinic Municipal „Sfinta Treime”*

³ *Secția Urologie IMSP Spitalul Clinic Republican*

Summary

Kidney involvement in diabetes mellitus represents a serious problem both in therapy, endocrinology and urology. It is due to this fact that inflammatory renal and urinary diseases in patients with diabetes mellitus are four times more frequent, than in patients without diabetes mellitus. It is characterized by severe evolution associated with complication of renal failure and urosepsis, being conditioned by postoperative lethality. Development of the severe forms of acute pyelonephritis is caused by late hospital admission, inexact clinical picture, late diagnosis and inappropriate treatment in this group of patients. The combination of these two severe diseases endangers patients' life. This has made us carry out a retrospective analysis of the collected data and give practical recommendations. The algorithm of the emergent examinations comprises the ultrasound scan, radiologic and radionuclear methods. Ultrasound scan accompanied by use of doplerography and computed tomography has an essential role. Nowadays the most effective method of examination used in diagnosis of acute pyelonephritis in patients with diabetes mellitus is considered to be computed tomography.