Absces prostaty

MUDr. Jan Bartoň

Urologické oddělení, Nemocnice AGEL Nový Jičín, a. s., Nový Jičín

V článku je prezentován případ pacienta s prostatickým abscesem, často opomíjené a pozdě diagnostikované netradiční komplikace bakteriální prostatitidy. V našem případě proběhla diagnostika pomocí CT vyšetření s kontrastní látkou, která objasnila lokalizaci a velikost abscesu v malé pánvi. Následně provedena jako jedna z možných forem chirurgické léčby drenáž transrektálním přístupem. Následovala promptní regrese potíží s velmi časnou absencí příznaků.

Klíčová slova: absces prostaty, drenáž abscesu, komplikace akutní prostatitidy.

Prostate abscess

The article presents a case of a patient with prostate abscess, an often neglected and late- diagnosed atypical complication of bacterial prostatitis. In our case, the diagnosis was made by means of a CT scan with a contrast agent which elucidated the location and size of an abscess in the small pelvis. Subsequently, transrectal drainage was performed as one of the possible methods of surgical management. This resulted in a rapid resolution of complaints with a very early absence of symptoms.

Key words: prostate abscess, abscess drainage, acute prostatitis complications.

Úvod a obecné poznatky

Absces prostaty je vzácnou komplikací ve většině případů akutní bakteriální prostatitidy, která nebyla adekvátně či časně antibioticky léčena. Až u 6 % pacientů s prostatitidou dojde k tvorbě abscesu (1). Mortalita je udávána v rozmezí 1–16 %. Predispozicí k onemocnění jsou imunokompromitovaní pacienti, především nakažení virem HIV, dále s diabetes mellitus, pacienti s transplantovanými orgány či v hemodialyzačním režimu. Z urologického souboru pacienti s permanentním močovým katétre, po prodělaných endoskopických výkonech na prostatě a po punkční biopsii prostaty. Historicky nejčastějším původcem před objevením penicilinu byla *Neisseria gonorrhoea*. V dnešní moderní době je to enterobakterie *Escherichia coli*, která se podílí až na 70 % případů, mezi další původce patří *Staphylococcus aureus*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococcus faecalis* či *Pseudomonas aeruginosa*.

Diagnostika

Diagnostika není vždy snadná. Symptomy v časných stádiích nejsou pro onemocnění specifické. Mezi symptomy patří urgence, frekventní mikce, dysurie, zvýšená teplota, potíže s defekací, oslabení proudu moči až retence moči, suprapubická a perineální bolest. Kromě pečlivé anamnézy a nálezů pyurie a pozitivit nitritů v moči je stěžejní především vyšetření per rectum. Můžeme tak odhalit palpačně bolestivou, napjatou a edematózní prostatu s fluktuujícím ložiskem. Fluktuace je hmatná pouze u 16 % pacientů (2). Na absces však často pomyslíme až s odstupem času při přetrvávajících febriliích nereagujících na antibiotickou léčbu. Laboratorně prokazujeme obvykle elevaci zánětlivých markerů, C-reaktivního proteinu, sedimentace a leukocytózu. Zlatým standardem zobrazovacích metod je vyšetření prostaty transrektální ultrasonografií. Prostata bývá nehomogenní, abscesové ložisko se jeví hypoechogenně, ohraničeně s hyperchogenním lemem. Při dopplerovském vyšetření

nacházíme hyperemii v oblasti prostaty v rámci inflamatorních změn. Absces je bez prokrvení. Sonografie je i využívána ke sledování úspěšnosti léčby v čase (3). Nevýhodou sonografie je bolestivost a kvůli manipulaci kolem prostaty také vyšší riziko septické reakce. Při intoleranci lze doplnit CT s kontrastní látkou, které přináší bezesporu výhodu u extraprostatických objemných abscesů. Zhodnocuje kontakt s jinými orgány, případně propagaci do ischiorektální fossy. Magnetická rezonance je srovnatelná s CT, nebývá však běžně na našem pracovišti v této indikaci využívána.

Léčba

Die EAU Guideliness je nutno vzít v potaz velikost abscesu. Při abscesech do 1 cm si vystačíme s konzervativní farmakologickou léčbou. Naopak při velikosti nad 1 cm volíme chirurgickou drenáž. Chirurgické řešení vyžadují také případy nereagující na farmakoterapii.

Konzervativní nechirurgická léčba se prakticky neliší od léčby akutní bakteriální prostatitidy.

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Jan Bartoň, barton.honza@seznam.cz
Urologické oddělení, Nemocnice AGEL Nový Jičín, a. s.
Purkyňova 2 138/16, 741 01 Nový Jičín

Cit. zkr: Urol. praxi 2020; 21(4): 179–181
Článek přijat redakcí: 29. 3. 2020
Článek přijat k publikaci: 15. 4. 2020

Obr. 1. Algoritmus vyšetření abscesu prostaty

TUR – transrektální sonografie; TUR – transuretrální

Základem je širokospektrá parenterální antibiotická terapie, podávání nesteroidních antiflogistik, drenáž moči a dle nutnosti intenzivní péče. Odběr hemokultur při podezření na urosepsi je samozřejmostí.

Širokospektrá antibiotická terapie je nasazena zprvu empiricky a cílena především na gram-negativní bakterie. Dle výsledků kultivace moči a hnisu z abscesu léčbu upravujeme. Ne vždy ale nález v moči koreluje s kultivačním vyšetřením z abscesu. Výběr konkrétního antibiotika se odvíjí od závažnosti stavu, předpokládaného původce a délky léčby. V souladu s doporučením EAU při závažných stavech nejčastěji podáváme cefalosporiny 3. generace, širokospektré peniciliny či fluorochinolony (ciprofloxacin, levofloxacin) v dávce 400 mg à 8–12 hod. i. v. S fluorochinolony bychom nicméně měli zacházet velmi opatrně vzhledem k závažným, potencionálně permanentním vedlejším účinkům (poškození šlach, kloubů, svalů a nervového systému) (4). Výše uvedená antibiotika je možné podat v případné kombinaci s gentamicinem (5 mg/kg/den) či amikacinem (15 mg/kg/den). Při urosepsích a fulminantních život ohrožujících stavech volíme například meropenem 1–2 g/8 hod., imi-

penem/cilastatin 0,5–1 g/6–8 hod. či piperacilin/tazobactam 4,5 g/8 hod. Celková antibiotická léčba prostatitidy by měla trvat 2–4 týdny (5).

Drenáž moči je zajišťována neprodleně při retenci moči a nedokonalé vyprázdněném močovém měchýři v rámci akutní léčby. Při potvrzené diagnóze zvykle zajišťujeme drenáž močových cest nejlépe punkční epicystostomií, můžeme však zavést i močový katétr nízkého kalibru. Nevýhodou močového katétru je dyskomfort z cizího tělesa, zmiňován je i uzávěr prostatických ductů, a tím i zhoršení léčby prostatitidy. Výhodou epicystostomie je tedy snížení rizika přechodu do chronické bakteriální prostatitidy (6) (obrázek 1).

Chirurgická léčba

Chirurgickou léčbu volíme při abscesech nad 1 cm a dále při absenci odpovědi na antibiotickou léčbu.

Drenáž můžeme rozdělit na:

- **Miniinvazivní**, kam řadíme jednorázovou sonograficky naváděnou **transrektální a perineální aspiraci**. Doporučena je především pro abscesy uložené periferně, menšího objemu. Transrektální aspiraci

provádíme v lokální anestezii u pacienta v poloze na levém boku, kdy pomocí jehly většího objemu drénujeme přes stěnu rekta abscesové ložisko. Kontraindikací mohou být závažné hemoroidy, anální fistuly či fissury. Perineální aspirace bývá prováděna v litotomické poloze, v celkové či lokální anestezii. Hnis odesíláme na kultivační vyšetření. Výsledek kultivace hnisu nemusí vždy korelovat s bakterií nalezenou v moči. Benefitem je nižší morbidita, možnost provedení v lokální anestezii a snadné opakování výkonu. Někdy však pouhá aspirace není dostatečná (opětovná tvorba abscesového ložiska v čase, časně ucpání punkční jehly), proto se nabízí po jednorázové punkci po vodiči Seldingerovou technikou zavedení pigtail drénu do dutiny a jeho fixaci ke kůži perianálně či perinea (3).

- **Otevřená drenáž** incizí a digitální revizí **transperineálně či transrektálně**. Je rezervována pro extraprostaticky se šířící abscesy, především ji využíváme při penetraci přes musculus levator ani. Součástí je i zavedení drénu a možnost výplachu dutiny dezinfekčním přípravkem. V případě perineálního přístupu je riziko poranění perineálních nervů s následnou poruchou erekce. Při transrektální drenáži se můžeme teoreticky setkat se vznikem píštěle.

- **K endoskopické transuretrální drenáži**, takzvaný „deroofting/unroofing abscesu“, se kloníme při centrálně umístěných abscesech v blízkosti močové trubice. Jedná se většinou o abscesy lokalizované na prostatu. Principem je odstranění „střechy abscesu“ elektrokoagulací v místě prostatické uretry. Pomocí lokalizovat „střechu“ může peroperační masáž prostaty a exprese hnisu do prostatické uretry, dále lze Collinsonovým nožem provést několik drobných incizí v místě předpokládaného abscesu. Vyvarujeme se tak excesivní resekci prostatické tkáně. Nevýhodou je vyšší riziko hematogenního rozsevu bakterií s následným rozvojem sepse.

Kazuistika

Úvod kazuistiky

Kardiak s diabetes mellitus na inzulinu, 55 let, léčen cestou obvodního lékaře pro dysurické potíže, mikční dyskomfort charakteru polakisurií,

Obr. 2. Rozsah abscesu na CT – frontální, transverzální a sagitální rovina **Obr. 3.** Snímek prostaty během transrektální ultrasonografie; vlevo je patrna anechogenní lakuna v místě původního abscesu s odstupem tří týdnů od drenáže abscesu; vpravo bez rezidua lakuny tři měsíce od léčby

četnější nykturie a febrilie nad 38 °C, dominují ale evakuační mikční symptomy. Nasazena léčba perorálními fluorochinolony, která bez zlepšení od potíží. V rámci nekompletní rezoluce a naopak progresi stavu pacient vyhledal urologické vyšetření (obrázek 2).

Popis kazuistiky

Na urologické ambulanci bylo provedeno zvyklé vyšetření včetně laboratorních odběrů. Nálezem byla elevace CRP (151 mg/l), leukocytóza ($18,7 \times 10^9/l$) a zánětlivý obraz v močovém sedimentu. Sonograficky dilatace KPS obou ledvin II. stupně a přeplněný močový měchýř, pro který ambulantně zaveden močový katétr. Vyšetření per rectum prokázalo hemoroidy a elastický ne-fluktuující val rekta paraprostaticky vlevo, pro-

stata jinak palpačně nesuspektní, citlivá. Pacient hospitalizován k intravenózní antibiotické terapii. Pokračováno již v dříve nasazených fluorochinolonech a k tomu do dvojkombinace podáván gentamicin. Časně během hospitalizace opětovně provedeno vyšetření per rectum, které bez suspekce na absces, prostata pouze palpačně citlivá, obtěžující hemoroid. Čtvrtý den hospitalizace pacient udává úlevu, zlepšení stavu, přetrvávají potíže s defekací a citlivost hemoroidu. Laboratorně však další progresie leukocytózy. Febrilie nad 39 °C. Doplněno transabdominální sonografické vyšetření, které nebylo přínosné. Vzhledem k dominujícím potížím s defekací požádáno o chirurgické konzilium. Po domluvě doplněno CT vyšetření s kontrastní látkou, které prokázalo přes 7 cm velké abscesové ložisko

vycházející z levého laloku prostaty, propagující se do ischiorektální fossy, intimně naléhající na rektum. Po doplnění předoperačních náležitostí u pacienta zajištěna drenáž moči epicystostomií a provedena transrektální incize s digitální revizí abscesové dutiny. Zaveden redonův drén s fixací ke kůži perianálně. Hemokultury i hnis z abscesu s průkazem infekce *Staphylococcus aureus* citlivé na zavedená antibiotika. Po drenáži regrese zánětlivých parametrů úprava stavu. Kontrolní transrektální sonografie v odstupu s průkazem anechogenní lakuny prostaty vlevo. Spontánní mikce obnovena s odstupem jednoho měsíce (obrázek 3).

Závěr

Absces prostaty je stále poněkud raritní onemocnění. Špatně léčený či nepoznaný absces prostaty může vést ke tvorbě urosepsy až septického šoku s následkem smrti. Vzhledem k omezeným informacím v evropských doporučeních není jednotný klinický pohled na řešení tohoto problému. Při abscesech malé velikosti lze zvážovat i konzervativní postup. Forma drenáže (transrektální, transuretrální či transperineální cestou) především závisí na velikosti, umístění a zvyklých postupech daného pracoviště.

Autor prohlašuje, že zpracování článku nebylo podpořeno žádnou společností.

LITERATURA

1. Reddivari AKR, Mehta P. Prostate Abscess. [Updated 2019 Nov 20]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551663/>.
2. Britt LD, Trunkey DD, Feliciano DV. Acute Care Surgery Principles and Practice. New York: Springer Science+Business Media 2007: 832.
3. Belej K. Prostatický syndrom – bakteriální záněty. Urol. praxi 2007; 3: 113–118.
4. Disabling and potentially permanent side effects lead to suspension or restrictions of quinolone and fluoroquinolone antibiotics [online]. Amsterdam: European Medicines Agency, [cit. 19–3-2019]. Dostupné z: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/referrals/quinolone-fluoroquinolone-containing-medicinal-products>.
5. Bonkat G, Bartoletti RR, Bruyère F, et al. EAU Guidelines on Urological Infections. Arnhem: EAU Guidelines Office 2018.
6. Zámečník L. Moderní farmakologie v urologii. Praha: Maxdorf, s.r.o. 2019: 312.
7. Abdelmoteleb H, Rashed F, Hawary A. Management of prostate abscess in the absence of guidelines. Int. braz j urol. [Internet]. 2017; 43(5), 835–840 [cited 2020 Mar 22]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-55382017000500835&lng=en. <https://doi.org/10.1590/s1677-5538.2016.0472>.