



TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ

(T. Urol. Derg.)

Cilt : V, 4, S : 303-314 1979

KRONİK PROSTATİT TEDAVİSİNDE İNTRAPARANKİMATÖZ İLAÇ ENJEKSİYONLARI VE ALDIĞIMIZ SONUÇLAR

*(Treatment of Chronic Prostatitis by Direct Drug Injection
into the Prostatic Tissue)*

Dr. Necmettin ÇIKILI (*)

Giriş :

Kronik prostatit, tedavisi güç bir hastalıktır. Bu konuda farklı görüşler olmakla beraber tedaviyi aşağıdaki kategoriler altında incelemek mümkündür (2).

- A) Genel önlemler,
- B) Kemoterapi,
- C) Primer fokusün ve predispozan faktörlerin tedavisi,
- D) Lokal tedavi,
- E) Komplikasyonların tedavisi ve
- F) Cerrahi tedavi.

Bunların içersinde şüphesiz ki en faydalısı kemoterapi ve lokal tedavidir. Antibiyotikler bazen faydalı olmakla beraber uzun süre kullanmamak gerekir. 1-2 hafta içinde netice alınmaz ise ilaç mutlaka kesilmelidir. Kronik prostatitlerin çoğu parankimatöz tipte olduğu için iskemi dolayısıyla glanda antibiyotik nakli azalmaktadır (2,4,6,9,10,11,13,15). Son senelerde antibiyotiklerin kan ve prostatik sıvıdaki konsantrasyonlarını mukayeseli olarak belirleyen bir takım çalışmalar yapılmıştır. **Stamey** ve arkadaşlarının (17) köpekler üzerinde yaptığı bir çalışmada; Antibiyotiklerin kandan prostatik asirusa diffüzyonları ve oradaki konsantrasyonlarının hangi şartlara bağlı olduğu belirlenmiştir. Buna göre aşağıdaki özelliklere sahip antibiyotikler prostatik biyolojik membranı aşmakta ve orada yüksek konsantrasyonlara ulaşabilmektedir (11,17).

(*) Ege Ün. Tıp Fak. Üroloji Kliniği Başasistanı.
— IV. Ulusal Türk Üroloji Kong. İzmir 1977.

- 1) İlaç bazik olacak,
- 2) Plazmada iyi çözünecek (pKa) ve az iyonize olacak,
- 3) Plazma ve prostatik sıvı arasında pH gradienti olmayacak,
- 4) Lipid solubl olacak,
- 5) Plazmada proteine bağlanma çok az ve
- 6) Lipid insolubl ise molekül yapısı küçük olacak. (Şekil: 1)

Bu şartlara uygun olan iki antibiyotik, oleandomisin ve eritromisindir. Bunların da spektrumları dardır. Bütün sülfonamidler asit yapıda olduğundan diffüzyonları azdır (2,11,17).

Buna rağmen yine araştırmacılar başka bir çalışmada Bactrim'i prostatik membranı terapötik dozda aşan bir antibakterial olarak göstermişlerdir. Bactrim'in özellikleri ise şu şekilde belirlenmiştir :

- Lipid solubl,
- Bazik,
- Proteine bağlanması % 45,
- PKa: 7,3
- % 50 den fazlası plazmada non iyonize (13).

Bu çalışmalar köpekler üzerinde yapılmıştır. Köpeklerin prostat sıvısında pH: 6,4 iken insaninkinde pH: 7,6 hatta enfeksiyon varken daha da yüksek bulunmuştur. Dolayısıyla bactrim konsantrasyonunun bu pH da daha da düşeceği belirtilmiştir (13).

Ayrıca başka araştırmacılar, tetrasiklin ve kloramfenikol başta olmak üzere diğer antibiyotiklerin de prostatik sıvıda az çok bir düzeye ulaştıklarını ve bunun da verilen ilacın dozuna bağlı olmadığını ileri sürmektedirler (2). Enfeksiyon şartlarında şüphesizdir ki bu konsantrasyonlar değişmekte ve prostatik asinusa efektif dozda ilaç diffüzyonu olamamaktadır (2,17).

Intraprostatik enjeksiyonlar : Bu metod ilk defa 1917 yılında perineal yolla prostat içine metil fenol ve normal fenol solüsyonu enjekte etmekle başlamıştır. Bunu takiben panendoskop yardımıyla veya perineal iğne metoduyla mercurochrome veya gümüş nitrat solüsyonları prostat içine enjekte edilmiştir. Neticede hastaların şikâyetlerinde azalma, hatta şifalar bildirilmiştir (2,7,12). Bunu takiben aynı solüsyonlarla köpeklerde yapılan bir çalışmada erken ve geç devredeki histolojik değişiklikler araştırılmış ve glandüler destrüksiyon, fibrozis gibi değişikliklerin büyük ölçüde olduğu görülmüştür (12). Sonra modern antibiyotiklerin keşfine kadar bu tür uygulamalara ara verildiği görülmektedir. Penisilinin sahneye çıkmasıyla bu tür uygulamalar yeniden başlamış fakat bu konuda fazla bir neşriyata rastlanmamaktadır (2). En geniş kaynak 50 hasta üzerinde perineal yolla intraprostatik penisilin enjeksiyonunu kapsamaktadır. Haftada iki defa olmak üzere total 5-6 enjeksiyon yapılarak neticelerin yüz güldürücü olduğu bildirilmiştir (7). Bununla beraber bazı yazarların ifade ettiği gibi sklerozan etkiye sahip olmayan bir antibakterial ilaç, prostatik dokuyu

fazla yaralamadan enjekte edildiğinde iyi neticeler alınacaktır. Ayrıca komplikasyonun da çok az olduğu belirtilmiştir (2,7).

Prognoz : Akut enfeksiyonunkinden daha kötüdür. Enfeksiyon uzun süre devam etmiş ise geriye dönüş çok düşük bir ihtimaldir. Şifanın belirli kriterleri şunlardır (2) :

- Enfeksiyon semptomları olmayacak,
- Prostat sıvısının direkt mikroskopisinde her sahadaki lökosit miktarı 15'i geçmeyecek,
- Prostatik smear, boyama ve kültürlerde bakteri negatif olacak,
- İlk ve 3. kadehlerde virgül flamanlara rastlanmayacak,
- Şayet kaynağını prostatitten alan bir enfeksiyon varsa bu da iyileşmiş olacak,
- Seksüel disfonksiyonlar kaybolabilir fakat düzensiz seksüel alışkanlık varsa fizik faktörler kalksa dahi bu şikâyetler güç kaybolur.

Gereç ve Yöntem :

Çalışmamızı polikliniğimize müracaat eden hastalar içersinden seçtiğimiz 20 vak'a üzerinde gerçekleştirdik. Bunların seçiminde dikkat edilen faktörler şunlar oldu :

- Şikâyetlerin en az bir sene öncesine dayanması,
- Daha önce çeşitli klasik tedaviler görmesine rağmen şikâyetlerinin geçmemesi,
- Prostatik sıvıdan bakteri üretilmesi ve
- Prostat taşı bulunmaması.

En genç hasta 20, en yaşlı hasta 50 yaşında idi ve hastaların yaş ortalaması 32,4 bulundu (Tablo: I).

Vak'a sayısı	Yaş
—	<20
9	20—30
6	30—40
4	40—50
1	>50

Tablo : I — Vak'aların yaşa göre dağılımı.

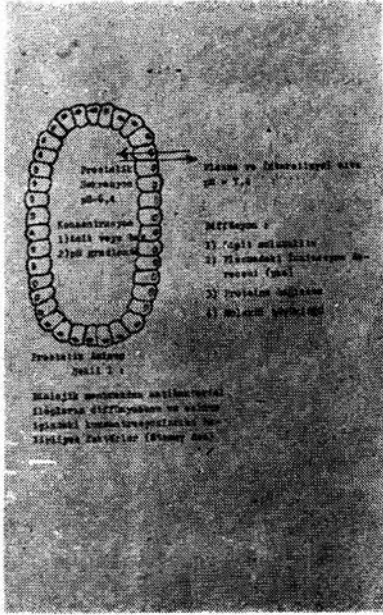
Her ne kadar hastaların büyük bir bölümü kendilerinde kronik prostatit olduğunu ifade ettirse de biz; şikâyetlerini ve hikâyesini dinliyerek geçirmiş oldukları sistemik hastalıkları ve enfeksiyon hastalıklarını araştırdık. Hastaları tam bir fizik muayeneden geçirdikten sonra prostata yönelerek onun kaba yapısını tuşe rektalle belirledik. Bunu takiben idrar tahlili, prostat sekretinin direkt mikroskopik tetkiki ve kültür antibiyogram yapıldı. Ayrıca bütün hastalara D.Ü.S.G. ve İ.V.P. tetkikleri yapıldı. 45 yaşından büyüklerde rezidüel idrar miktarı araştırıldı.

Çalışmamızın bitiminden 15 gün sonra aldığımız neticeler (Tablo: II) de topluca gösterildi.

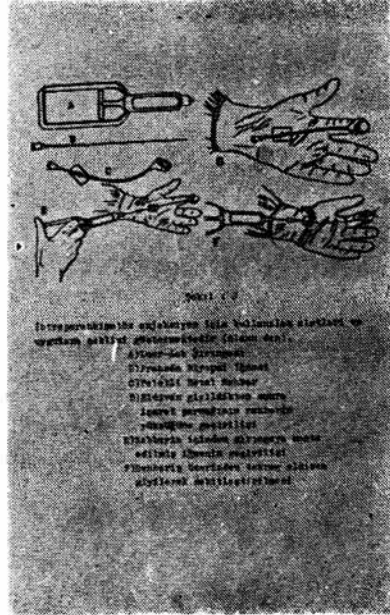
Vak'alarımızda kronik prostatit'e fokus teşkil edebilecek muhtemel fokal enfeksiyon odakları ve predispozan faktörler sayı ve yüzde olarak (Tablo: III) de toplanmıştır.

İntrapanankimatöz uygulamanın bitiminden 15 gün ve 3 ay sonraki subjektif ve objektif bulgular sayı ve yüzde olarak (Tablo: IV) de gösterildi.

İntrapanankimatöz enjeksiyon yöntemimiz : Metodun özü, bir Luer-Lok şırıngasına monte edilerek prostatdan transrektal aspirasyon biyopsisi almak için kullanılan Franzén biyopsi iğnesi vasıtasıyla prostat içine ilacı enjekte etmek oldu. Bu iş için kullanılan alet üç bölümden oluşmaktadır (Şekil : 2).



Şekil : 1



Şekil : 2

- 1) Franzén biyopsi iğnesi (0,7 mm. çapında ve fleksibl).
- 2) İğne rehberi : İçi delikli. Bir ucunda işaret parmağını monte etmeğe yarayan yüksüğü mevcut, yay biçiminde ve orta yerinde elin ayasına destek olan paleti var.

3) Enjektör (Luer-lok şırıngası).

Uygulama şu sıra ile oldu :

- a) Hastaya defakasyon yaptırıldı,
- b) Verilecek ilaçlar enjektöre alınarak iğne monte edildi,
- c) Rektum vazelinli ve 1/1000 zefirana batırılmış pamukla silindi.

Geçirilmiş veya halen aktif enfeksiyon odakları (7) vak'a

Fokal Enf. veya predispozan fak. olmayan Predispozan faktörler 11 vak'a

	Diş çürüğü		Tonsillit		Sinüzit		otit.Med.		Cilt Enf.		2.	Konsani-pasyon	Geçiril-miş Üretrit	Uretra darlığı
	Aktif	Geçirilmiş	Aktif	Geçirilmiş	Akt.	Geç.	Akt.	Geç.	Akt.	Geç.				
Vak'a sayısı	3	1	3	2	1	—	—	1	2	—		2	11	1
Toplam ve %	7 Vak'a % 35										2 Vak'a % 10	11 Vak'a % 55		

Tablo : III — Vak'alarımızda prostatit için fokus teşkil etmesi muhtemel enfeksiyon odakları ve predispozan faktörler sayı ve % olarak belirtilmiştir.

Değerlendirme zamanı	Vak'a sayısı	Tam iyileşme	Büyük ölçüde iyileşme	Az iyileşme	Hiç fayda görmeyen	Bakteri üretilmeyen	Bakteri üretilen	Prostat sekretinde lökosit sayısı		
								Azaldı	Değişmedi	Arttı
15 gün sonra	20	11 % 55	5 % 25	3 % 15	1 % 5	17 % 85	3 % 15	17 % 85	2 % 10	1 % 5
Üç ay sonra	16	11 % 68,7	4 % 25	1 % 6,2	Yok % 0	15 % 93,7	1 % 6,2	—	—	—

Tablo : IV — İntraperankimatöz uygulamamızın bitiminden 15 gün ve üç ay sonraki bulgularımızın sayı ve yüzdeleri

Vak'a	Adı Soyadı	Yaşı	Sübjektif Bulgular Lokal-Genel-Seksüel	Objektif Prostat Palpasyonunda	Bulgular Kültürde	Materyelin Direkt Materyelin Direkt
1	Ş.E.	47	Ejerkülasyo prekoks haricinde şikay. yok.	İndurasyonlar yumuşadı. prostat (+) küçüldü.	Üreme olmadı	7—8 lökosit
2	N.S.	34	Uretral akıntı azaldı, Uretra içindeki ağrı geçti.	İndurasyonlar yumuşadı. prostat (+) küçüldü.	B.Hem.Staf.Alb. üredi	10—12 lök.
3	S.D.	41	Şikâyetler tamamen kayboldu	İndurasyonlar yumuşadı. prostat (+) küçüldü.	Üreme olmadı	5—6 lökosit
4	Y.D.	20	Şikâyetler tamamen kayboldu	İndurasyonlar yumuşadı. prostat (+) küçüldü.	Üreme olmadı	7—8 lökosit
5	D.U.	22	Pretral akıntı azaldı. pollakiüri kayboldu	İndurasyonlar yumuşadı.	Üreme olmadı	5—6 lök.
6	A.D.	43	Uretra içindeği ağrı kayboldu, Empotans geçmedi	Prostat (+) küçüldü.	Üreme olmadı	10—12 lök. 3—4 eritrosit
7	H.Ç.	35	Bütün şikâyetler kayboldu	prostat (+) küçüldü.	Üreme olmadı	10—12 lök.
8	R.Ç.	29	Uretral akıntı kesilmedi	Prostat hafif küçüldü.	B.Hem.Staf.Alb. üredi	7—8 lökosit
9	O.T.	22	Bütün şikâyetler kayboldu	İndurasyonlar yumuşadı. Prostat (+) küçüldü.	Üreme olmadı	10—12 lök.
10	A.K.	22	Uretral akıntı azaldı, Diğer şikâyetler geçti.	prostat (+) küçüldü.	B.Hem.Staf.Alb. üredi	7—8 lökosit

Vak'a	Adı Soyadı	Yaşı	Sübjektif Bulgular Lokal-Genel-Seksüel	Objektif Prostat Palpasyonunda	Bulgular Kültürde	Mikroskobisinde Mikroskobisinde
11	A.T.	25	Bütün şikâyetler geçti.	İndurasyonlar yumuşadı. prostat (+) küçüldü	Üreme olmadı	10—12 lök.
12	A.Ö.	33	Libido kazanıldı, hafif empotans ve ejakülasyo prekoks var, diğer şikâyetler geçti.	İndurasyonlar yumuşadı. prostat (+) küçüldü	Üreme olmadı	7—8 lökosit
13	H.K.	22	Bütün şikâyetler kayboldu	İndurasyonlar yumuşadı. prostat (++) küçüldü Hassasiyet kayboldu.	Üreme olmadı	12—15 lök.
14	N.Ö.	50	Bütün şikâyetler azaldı fakat tam geçmedi	Prostat (+) küçüldü.	Üreme olmadı	10—12 lök.
15	A.K.	38	Arasına disüri haricinde şikâyetler kayboldu	Prostat yumuşadı ve (+) küçüldü.	Üreme olmadı	10—12 lök.
16	M.S.	26	Bütün şikâyetler kayboldu	İndurasyonlar yumuşadı, prostat (++) küçüldü.	Üreme olmadı	5—6 lök.
17	M.Y.	35	Ağrılar kayboldu. Disüri pollakiüri, noktüri azaldı.	Sertlikler yumuşadı. prostat (++) küçüldü.	Üreme olmadı	8—10 lök.
18	F.Ö.	30	Bütün şikâyetler kayboldu	Sertlikler yumuşadı. Prostat (+) küçüldü	Üreme olmadı	10—12 lök.
19	N.Ö.	28	Pollakiüri haricinde şikâyetler kayboldu	Sertlikler yumuşadı.	Üreme olmadı	7—8 lökosit
20	C.U.	46	Bütün şikâyetler kayboldu	Prostat (+) küçüldü.	Üreme olmadı	7—8 lökosit

Table : VI — İntraparankimatöz tedaviden 15 gün sonraki sübjektif ve objektif bulgular

d) Sol ele eldiven giyilerek iğne rehberinin yüksüğüne işaret parmağının ucu geçirildi ve palet avuç içine alınarak üzerine tekrar eldiven giyildi (Kelami yöntemi).

e) Parmak vazelinle yağlandıktan sonra rektuma girilerek prostatın enjeksiyon yapılacak kısımları parmak ucuyla belirlendi.

f) Prostatın bilhassa indurasyon gösteren sahalarına ve büyümüş loplara mandren içinden geçirilen iğne vasıtasıyla enjeksiyonlar yapılmış oldu.

Sonuçlar :

Kronik prostatitli 20 vak'a üzerine yaptığımız çalışmada transrektal intraparankimatöz enjeksiyon metodu ile total 143 enjeksiyon yapıldı. En fazla 12 en az 5 defa uygulandı. Ortalama her bir hastaya 6-8 defa tatbik edildi. Hastalardan 9 tanesinde gentamycin, 7 sinde methicillin, 2 sinde rifamycin, 1 tanesinde lincomycin ve bir vak'ada cephalozin enjekte edildi. Bir vak'ada da geçirilmiş mide ulkusu olduğu için kortizon uygulanmadı. Diğerlerinde antibiyotikle beraber dexamethason enjekte edildi. Hiçbir vak'ada total 8 defada ve 1 defada 8 mg. dan fazla dexamethason verilmedi. Her enjeksiyondan sonra prostat masajı uygulandı ve bazı hastalarda sıcak tatbiki, vitaminler, trankilizan, laksatif kullanıldı. Uygulama süresince subjektif iyilik görüldükten sonra iki enjeksiyon daha yapıldı ve total enjeksiyon sayısı böylece saptandı. Kortizonun verebileceği subjektif iyilikten yanılmamak için uygulamanın bitiminden 15 gün sonra subjektif ve objektif bulgularımızı değerlendirdik. Ayrıca 3 ay sonra yine subjektif ve objektif bulgulara dayanan kontrolümüzü yaptık.

15 gün sonraki değerlendirmemizde; 11 vak'ada (% 55) tam iyileşme, 5'inde (% 25) büyük ölçüde iyileşme, 3'ünde az iyileşme (% 15) ve 1 vak'ada (% 5) hiç iyileşme saptanamadı. 17 vak'ada bakteri negatif, 3 tanesinde ise tedavi öncesi saptanan bakteri yine üretildi. Prostat sekretindeki lökosit miktarı 17 vak'ada azaldı, 2 tanesinde değişmedi, 3 vak'ada ise arttı.

3 ay sonra yapılan kontrole 16 vak'a geldi. Gelmiyen 4 hastanın 3'ü az iyileşme gösteren, 1 tanesi de hiç fayda görmiyen vak'alar idi. Önceki değerlendirmemizde tam iyileşme görülen vak'alarımız yine iyiliklerini muhafaza ettiler (11 vak'a, % 68,7). Büyük ölçüde iyilik görülen 5 hastadan 1 tanesinde bakteri üretilmesine rağmen subjektif şikâyetleri çok azdı ve az iyilik görmüş olarak değerlendirildi (1 vak'a, % 6,2). Diğer 4 vak'a büyük ölçüde iyileşmiş olarak kaldı (4 vak'a, % 25). Dolayısıyla 3 ay sonraki kültürlerde kontrole gelen 16 vak'adan 15'inde (% 93,7) bakteri negatif oldu.

Intraparankimatöz antibiyotik ve kortizon enjeksiyonu, klasik yöntemlerle iyileştirilememiş, indurasyonlar gösteren ve priprostatik adezyonları olan kronik prostatitte tatbik edilmesini uygun bulmaktayız.

T a r t i Ő m a :

Antibiyotiklerin keŐfinden önce çeşitli antiseptik solüsyonlar intraprostatik olarak enjekte edilmiş fakat neticede glandda fibrozis ve destrüksiyon geliŐmiŐtir (2,12). Kas içine enjekte edildiğinde iyi absorbe olan ve dokuda nefroz yapmayan antibiyotiklerin keŐfinden sonra intraprostatik enjeksiyonlardan iyi neticeler alındığı bildirilmiştir (2). Bu konuda fazla bir kaynak mevcut olmamakla beraber **Hatch** (7) 50 vak'ada intraprostatik penisilin enjeksiyonu sonucunda 19 tanesinin en az 6 ay hiçbir komplikasyon göstermeden iyi olduklarını belirtmektedir. AraŐtırıcı uygulamasını perineal yolla ve 5-7 gün arayla total 5 enjeksiyon Őeklinde yapmıŐtır. Sadece bir vak'aya 15 enjeksiyon yapılmış; her seferinde 8-10 cc. penisilin enjekte ettiğini bildirmektedir. Ayrıca enjeksiyonlardan önce maŐaj yapılmış. Bir hastada hafif hematüri haricinde komplikasyon olmadığı belirtilmekte.

Biz transrektal yolu tercih ettik. Bu yolla prostata girmek için katedilen mesafe çok kısa olduğu için enjekte edilecek sahalara rahatlıkla belirlenebilmekte ve prostat dokusu haricine enjeksiyon yapma olasılığı ortadan kalkmaktadır. Son senelerde çok yaygın olarak yapılan transrektal prostat aspirasyon biyopsilerinde ciddi bir komplikasyon bildirilmemektedir (5). Biz de uygulamamız sırasında ciddi bir komplikasyonla karŐılaŐmadık. Sadece bir defaya mahsus olmak üzere 8 hastada hafif hematüri görüldü. Enjeksiyonların İ.M. giriŐimler kadar ağrılı olmadığı, hastalar tarafından ifade edildi. Uygulamamızı haftada 2-3 enjeksiyon Őeklinde yaptık. Prostatı daha büyük olanlara ve cc. deki etkin miktarı az olan ilaçları, örneğin rifamycin gibi ilaçları haftada üç enjeksiyon Őeklinde uyguladık. Bir defada 4-7 cc. ilaç en az iki ayrı sahaya verildi. Enjekte edilecek antibiyotik hassasiyet testiyle saptandı. Birkaç tane hassas antibiyotik saptanmıŐsa; daha evvel kullanılmıyanı ve tahriŐ etmiyeni, ağrı uyandırmıyanı tercih edildi.

Çalışmamızda kortikosterold (Deksamethason) antibiyotikle kombine olarak enjekte edildi. Bunu kullanmamızdaki gayemiz; büyük dozda glikokortikokoidler :

- 1) Fizik ajanlara, enfeksiyon amillerine ve yabancı cisimlere karŐı meydana gelen iltihabi reaksiyonu önlemektedir,
- 2) Kapillerlerin dilatasyonunu kaldırmak,
- 3) İltihabi ödemi azaltmakta,
- 4) MezenŐimal dokunun aktivitesini inhibe ederek, fibrozisi önlemektedir.
- 5) Toksinlere karŐı dokunun rezistansını da artırmaktadır (3,6,8,14).

Kortikosteroidler bilindiği gibi artık kollajen doku hastalıklarınad yaygın olarak kullanılmaktadır. Biz, kortizol'a kıyasla antienflamatuvar etkisi 25-30 defa fazla olan deksmethason'u tercih ettik. Ayrıca kısa etkili ve tuz tutucu özelliği de azdır (3,6,8,14). Bilindiği gibi kronik prostatit de bakteriyi eradike etmek yeterli değildir. Bilaks onun dokuda yapmıŐ ol-

duğu destrüktif değişiklikler önemlidir. Çalışmamızda asıl gayelerimizden birisi de, bakteriyi eradike etmenin yanısıra prostatdaki fibrozisi çözmek ve granülatöz değişikliğe mani olmak oldu. Kronik prostatit tedavisinde ilk defa **Ilin** ve arkadaşları (19) perineal yolla prostat içersine kortizon asetat enjekte ederek iyi neticeler aldıklarını belirtmişlerdir. **Thiel ve Braun** (18) daha sonra aynı metodla hastalarını tedavi etmeye çalışmışlar ve bir vey birkaç enjeksiyondan sonra yüz güldürücü neticeler aldıklarını belirtmektedirler. Buna karşın biz, transrektal yolu ve kortizon uygulamasını en az 5 defa yapmayı uygun bulduk. Ayrıca bakteriel bir hastalık olan prostatitte tek başına kortizon kullanmayı uygun bulmadık ve antibiyotikle kombine kullandık.

Antibiyotik ve kortizon enjeksiyonlarından sonra prostatda yumuşama ve sertliklerin kaybolduğu bildirilmekte (2,7,18,19). Uygulamamızdan sonra prostatın normal kıvamına yaklaştığını biz de gördük.

Hatch (7) en az 6 ay subjektif semptomları olmayan hastaları tam iyileşme olarak kabul etmektedir. Buna mukabil biz bakteriyolojik tetkiki ve prostat palpasyonunu ön planda tuttuk. Lokal kortizon uygulayan araştırmacılar da prostat palpasyonu ve subjektif semptomlara bakarak sonuçları değerlendirmişlerdir (18,19).

Uygulamamızın bitiminden 15 gün sonra bütün hastaların subjektif semptomları, idrar analizleri, prostat sekretinin direkt mikroskopik tetkiki, kültür antibiyogramları ve prostat palpasyon bulguları değerlendirilerek erken devredeki sonuçları belirledik. Subjektif ve objektif semptomları tamamen kaybolan 11 vakayı tam iyileşme olarak kabul ettik. Semptomları büyük ölçüde kaybolan ve bakteri üretilmeyen 5 vaka büyük ölçüde iyileşmiş olarak kaydedildi. Az iyileşmiş olarak değerlendirdiğimiz 3 hastadan iki tanesinde bakteri ürediği halde semptomlarında büyük ölçüde gerileme saptandı. Birinde ise bakteri üremediği halde subjektif yakınmaları kaybolmadı. Başarısız kabul ettiğimiz bir vak'ada ise subjektif ve objektif semptomlar değişmedi, zaten bu hastaya kontrendikasyonu olduğu için kortizon uygulayamamıştık.

Hatch (7) prostat sekretinin lökosit miktarının 15 den az olmasını şifa için ana kriterlerden birisi olarak kabul etmektedir. Biz bunu ana kriter kabul etmedik, fakat 17 vak'ada azaldığını, 2' sinde değişmediğini, 1 inde ise arttığını gördük.

Intraprostatik enjeksiyonlar yapan araştırmacılar (7,18,19) hastalarını en az altı ay takibettiklerini belirtmektedirler. Biz üç ay sonra yapılan prostat palpasyonu, kültür antibiyogram ve subjektif semptomlara göre sonucu yeniden belirledik. Kontrole 16 hasta geldi. Gelmiyen 4 hasta; daha evvel az iyilik görülen 3 vak'a ile hiç iyilik görülmeyen bir vak'a oldu. Daha önce tam iyileşme görülen hastaların hepsinin aynı iyiliklerini koruduğunu, büyük ölçüde iyileşme gösteren 5 hastadan 4 tanesinin aynı durumlarını muhafaza ettiklerini, 1'inde ise bakteri ürediğini saptadık ve az iyileşmiş kabul ettik.

Transrektal enjeksiyonlarda akla gelebilecek ilk komplikasyon şüphesiz ki rektal kontaminasyondur. Aynı yolla yapılan aspirasyon biyopsilerinde, böyle bir komplikasyon olmadığı belirtilmekte ve profilaktik olarak 2-3 gün süre ile üriner antiseptik verilmesi yeterli görülmektedir (5). Biz aynı anda antibiyotik enjekte ettiğimiz için üriner antiseptik vermedik. Kontrol için yapılan kültürlerde de herhangi bir barsak bakterisine rastlamadık.

Ö Z E T

Kronik prostatit, erişkin erkeklerde sık görülen, tedavisi güç ve nüks insidensi fazla olan bir hastalıktır. Prostat da bakterinin uzun süre kalması eradikasyonunu olanaksız hale getirdiği gibi glandda fibrozis ve granümatöz değişikliklere sebep olarak irreverzibl bir bozukluk yapar.

Kronik prostatit'in bilinen yöntemlerle : Antibiyotik, sülfonamid, prostat masajı sıcak tatbiki, psikoterapi, vitaminoterapi ve diyetetik önlemlerle tedavisi çoğu kez yüz güldürücü olmamaktadır. Parenteral veya P. O. antibakteriyel ilaçların genel dolaşımdan prostatik biyolojik membranı aşarak asinulara diffüzyonu ve orada etkili bir konsantrasyona ulaşmalarının yapılan araştırmalarda yetersiz olduğu anlaşılmıştır. Bu da paranteral veya P. O. antibiyotik kullanmanın kronik prostatit tedavisinde fazla değeri olmadığını gösterir.

Biz bu çalışmamızda kronik prostatitli 20 vak'a üzerinde kültür-antibiyoqram sonucunda hassas bulunan antibiyotigi kortizonla (Dexamethazon) kombine olarak transrektal yolla prostat içine enjekte ettik. Enjektöre monte edilmiş Franzen biyopsi iğnesini, Kelâmi yöntemi ile aspirasyon biyopsisi yerine enjeksiyon için kullandık. Aspirasyon biyopsisi alınmada belirtildiği gibi uygulama yöntemimiz komplikasyonsuzdur. Çalışmamızdan önce ve sonra vak'aların semptomları, prostat palpasyonları, idrar analizler, prostatik sıvının lökosit miktarı ve kültür-antibiyoqramları yapılarak sonuçlar değerlendirildi. Vak'alar üç aylık kontrole tabi tutuldular ve bunun sonucunda 11 vak'ada tam iyileşme, 4 tanesinde büyük ölçüde iyileşme bir tane kısmi iyileşme saptadık. Bir vak'ada tedavi bitiminde hiç bir iyilik olmadı. 3 vak'a kısmi iyileşme göstermesine rağmen kontrole gelmedi. Uygulamamızın bitiminden 15 gün sonra yapılan kültürlerde 17 vak'ada bakteri üremedi 3 ay sonraki yapılan kültürlerde 17 vak'adan 16 sı kontrole geldi ve sadece bir tanesinde bakteri üred. Böylece 3 ay sonra kontrole gelen 16 hastadan 11 inde (% 68,7) tam iyilik 4 ünde (% 25) büyük ölçüde iyilik, 1 tanesinde (% 6,2) kısmi iyilik saptandı.

S u m m a r y

Chronic prostatitis is a common disease which its treatment is rather difficult. In this paper, difficulties of treatment with ordinary methods and insufficiency of antibiotic treatment because of the biologic membrane of the prostatic gland has been mentioned.

In this study, treatment of 20 cases of chronic prostatitis by trans-rectal injection of appropriate antibiotic and cortisone into the prostatic tissue has been explained in details and results of this method of treatment given.

- 1 — Bourne, C. W. and Frishette, W. A. : Prostatic fluid analysis and prostatitis J. Urol, 97:140, 1967.
- 2 — Campbell, M. F., Harrison, J. H. : Urology 1. Vol-3- Ed. W. B. Saunders Comp. Philadelphia, 1970
- 3 — Doğan Selâmi. : Tedavide kortizon derivelere (Prof. Dr. Hanss Kaiser'den çeviri) 6. Baskı, Schering ilmi bürosu 1973.
- 4 — Editorial : Chronic prostatitis. Br. M. Jour. 3:1, 1972.
- 5 — Glenn, J. F. : Urologic Surgery, 2. Ed. Medical Departmen Harper and Row. U.S.A. 1975. P. 539.
- 6 — Günalp İhsan : Modern Üroloji, 2. Baskı Yargıçoğlu Matb. Ankara 1975.
- 7 — Hatch, W. E. : Intraprostatic injection of penicillin. J. Urol. 64:763, 1950.
- 8 — Kantemir İzzet : Farmakoloji, 1. Baskı, Ayyıldız Matb. A.Ş. Ankara, 1975. s: 224
- 9 — Korkud Gıyas : Üroloji, İsmail Akgün Matb. 1965.
- 10 — Mardh, P. A. and Colleen, S. : Search for uro-genital tract infections in patients with symptoms of prostatitis Scand. J. Urol. Neph. 9:8, 1975.
- 11 — Mears, E. M. and Stamey, T. A. : The diagnozis and management of bacterial prostatitis. Br. J. Urol. 44:175, 1972.
- 12 — O'Connor, V. J. and Ladd, R. L. : Intraprostatic injection J.A.M.A., 107:1185, 1936
- 13 — Pfau, A. and Sacks, T. : Chronic bacterial prostatitis: New therapeutic aspects Br. J. Urol. 48:245, 1976.
- 14 — Sencer Ergin : Endokrin ve Metabolik Hastalıklar, 1. Baskı, Sermet Matb. İstanbul, 1976. S. 141.
- 15 — Smith, D. R. : General Urology, 8 Ed. Lange Medical Publications, Los Altas, California, 1975.
- 16 — Stamey, T.A. and Dunn, B. : Antibacterial concentrtrions in prostatic fluid. J. Urol. 97:503, 1967.
- 17 — Stamey, T. A., Mears, E. M. and Wunningham, D. G. : Chronic bacterial prostatitis and the diffusion of drugs into prostatic fluid. J. Urol. 103:1887, 1970.
- 188 — Thiel, K. H. und Braun, H. P. : Zur lokalbehandlung der chronischen prostatitis mit kortikosteroiden. Zschr. Urol. 67 (8):613, 1974.
- 19 — Von İlin, J. J. Kobelew, A. A. und Burschtein [.] : Urologija, Moskau 5, 38, 1964; ref. in Zschr. Urol. 58, 648, 1965.