

## DST/ PROSTATITES.

FERNANDO DA ROCHA CAMARA/prof.dr./ MÉDICO UROLOGISTA

Inflamações na próstata podem decorrer de uretrites. Usualmente, o esfíncter externo impede a ascensão de germes da uretra, para a próstata e bexiga.

As inflamações na próstata, geralmente são de causa infecciosa. Há casos não infecciosos, e de tratamento mais complexo; assim a chamada dor pélvica crônica/CPPS( cronic pelvic pain syndrome), pode suas causas múltiplas.

A prostatite é uma patologia comum em homens jovens. Quase 80% das peças cirúrgicas de homens submetidos a cirurgia desobstrutiva para HPB, apresentam inflamação, ao exame microscópico.

Etiologia: Os principais germes são as enterobacteriáceas . Destacam-se a E.coli, Pseudomonas, Serratia, klebsiella. A presença de fimbrias pode favorecer a aderência das mesmas à próstata, principalmente em casos de prostatite crônica. Geralmente os quadros de prostatite aguda estão associados a casos de ITU, infecção urinária baixa. Outros germes possíveis, seriam: Enterococcus, Staphilococcus, Streptococcus, Ureaplasma, Mycoplasma, Chlamydia, Trichomonas.

Fisiopatologia: são fatores predisponentes, ITU, epididimite, sonda uretral, refluxo dutal, penetração anal sem proteção, manipulações do trato urinário a prostatite aguda apresenta um fator pouco referido nos textos urológicos, e a meu ver de importância expressiva: ***a compressão do pênis, durante a ejaculação, no coito interrompido.*** O aumento súbito da pressão intra-uretral, produz lacerações, que podem causar hemospermia, e refluxo de conteúdo uretral para a próstata, com eventual instalação de uma prostatite. Tenho encontrado sucessivos casos decorrentes dessa prática inadequada.

Diagnóstico laboratorial: se faz com a prova dos 2 cálices, isto é um jato médio pré-massagem prostática, e um jato inicial (10ml) após a massagem da próstata, co sedimenta, cultura quantitativa, e antibiograma.

Quadro clínico:

*Prostatite aguda*, que apresenta início súbito, tratável e fácil de se diagnosticar. Sintomas gerais, febre, calafrios, dor supra-púbica, dor perineal, desconforto genital, além de sintomas urinários obstrutivos e irritativos.

*Prostatite crônica bacteriana* queixas de ITUs recorrentes (sintomáticas ou não). Nos 2 cálices, aumento de leucócitos e bactérias.

*Prostatite crônica, não bacteriana* (dor pélvica crônica), queixas dolorosas frequentes, há mais de 3 meses. Há dor perineal, supra-púbica, peniana, testicular, dor à ejaculação. Um subtipo apresenta, na prova dos 2 cálices, mais de 5 leucócitos; outro, menos do que 5 leucócitos.

*Prostatite inflamatória assintomática*: paciente sem sintomas. Pode-se identificar essa situação, em pacientes investigados para infertilidade, infecção seminal, HPB, adeno carcinoma de próstata, ou com PSA elevado. Caracteriza-se por achado de células inflamatórias.

Exame físico: embora seja primordial em quaisquer avaliações urológicas, nas prostatites costuma ser pouco elucidativo. na prostatite aguda pode haver febre, mal estar geral, taquicardia; toque retal muito doloroso, próstata amolecida, aumento do tônus anal.

Exames complementares: Prova dos 2 cálices, hemograma, PSA, US transretal de próstata. Imagino que se pudesse, nesses casos, ressuscitar as biópsias aspirativas prostáticas, para se procurar inflamação em casos selecionados.

Tratamento: Antibioticoterapia por indicação específica do urologista; a associação de sulfametoxazol-trimetoprim pode ser uma ótima solução. As quinolonas, por atingirem bom nível em líquido prostático são a 1ª opção na maioria dos casos. O tratamento deve ser prolongado, de 1 a 2 meses. Pode ser associado a inibidores alfa1, AINH, inibidores de cox2, inibidores de 5 alfa redutase. A orientação terapêutica, dependerá das características de cada caso. Homeopatia e acupuntura podem ser uma alternativa adicional.