

Die Prostaat: Nuwe Ontwikkelinge

- Dr T Fourie



Dr T Fourie

MBCbB, MMed (Urol)
Parklands Kliniek
Hopelandsweg
Overport
4091

Curriculum vitae

Dr Fourie het eers aan die Universiteit van Stellenbosch studeer en later die MMed (Urologie) aan die UOVS behaal. Na een jaar as Senior Spesialis in die Departement Urologie in Bloemfontein, is hy in 1977 na die privaat praktyk. Dr Fourie het baie werk gedoen op prostaatkarsinoom en het 'n hele aantal artikels gepubliseer oor spesiale ondersoeke in gevorderde prostaatkarsinoom en die hormonale veranderinge wat gepaardgaan met die behandeling van prostaatkarsinoom.

Summary

'n Kort oorsig oor sekere aspekte van prostaatsiektes word gegee. Eerstens word prostatitis, nl akute prostatitis, kroniese prostatitis en sogenaamde prostaatodinia bespreek na aanleiding van hulle simptome, kliniese beeld, spesiale ondersoeke en hantering. Daarna word 'n oorsig oor prostatisme of sogenaamde blaasuitgangobstruksie gegee en die verskillende oorsake, kliniese beeld en nuwe spesiale ondersoeke word bespreek. Laastens word 'n kort oorsig oor die waarde van indikasies vir, en die kliniese betekenis van 'n verhoogde serum prostaat-spesifieke antigeenwaarde in die bloed bespreek.

S Afr Fam Pract 1991; 12: 19-22

KEYWORDS:

Prostatic Diseases; Physicians, family.

Prostatitis

Akute Prostatitis

Hierdie kom voor by 'n man van basies enige ouderdom tussen 30 en 70 jaar. Dit gaan gewoonlik gepaard met erge sistemiese simptome soos 'n hoë temperatuur, rigors, hoofpyn en liggaamspyne. Daar is gewoonlik ook prominente blaassimptome soos frekwensie, dringendheid en disurie. Pyn in die perineum is ook gewoonlik prominent.

Met kliniese evaluasie is hierdie pasiënte dan toksies en siek. Met buikondersoek is hulle teer oor hulle

Referaat gelewer tydens die 7de AP Kongres, Junie 1990

blaas. Met rektale ondersoek word 'n warm, geswelde prostaat dan betas. Dit is belangrik om te onthou dat 'n mens nooit die prostaat in onbehandelde akute prostatitis moet masseer nie, aangesien dit dikwels lei tot akute gramnegatiewe sepsisemie wat fataal kan wees, selfs in 'n jong persoon. Met ondersoek van die urine word gewoonlik leukosite in die urine gevind. 'n Ultraklank-ondersoek van die prostaat toon gewoonlik swelling en onreëlmatigheid van die prostaat en 'n ultraklank-ondersoek van die blaas toon gewoonlik 'n verhoogde residuele urine.

Die hantering van akute prostatitis sluit natuurlik in die gebruik van antibiotika. Basies kan enige breë spektrum antibiotika gebruik word aangesien die normale bloed-prostaat barrière skynbaar nie funksioneer tydens akute prostatitis nie. Anti-inflammatoriese middels bring aansienlike verligting. Ondersteunende behandeling soos pynstillende en koorswerende middels word ook gegee. Hierdie pasiënte moet soms hospitaliseer word.

Die indikasies vir hospitalisasie in akute prostatitis sluit in die pasiënt wat toksies en gedehidreerd is, en wat intraveneuse indruppeling moet ontvang; asook die pasiënt wat baie toksies en siek is en wat parenterale antibiotika moet ontvang. Die pasiënt met urinêre retensie word gewoonlik gehospitaliseer, en ook die pasiënt waar 'n prostaatabses vermoed word. In laasgenoemde gevalle is die pasiënt gewoonlik baie toksies, respondeer swak op antibiotika, het byna altyd urinêre retensie, en met rektale ondersoek kan die abses soms gevoel word. Byna al hierdie pasiënte moet 'n transuretrale dreinasie van die abses kry.

... Die Prostaat

Kroniese Prostatitis

Pasiënte met kroniese prostatitis het gewoonlik min sistemiese simptome. Perineale pyn is 'n prominente simptome in hierdie toestand. Met akute opflikkerings kom blaas-simptome soos disurie en frekwensie dikwels voor, en hulle kan ook blaasuitgangobstruksie ontwikkel, veral tydens 'n akute opflikkering. Die pasiënte het byna almal 'n geskiedenis van verminderde seksuele aktiwiteit.

Met 'n kliniese ondersoek is die pasiënt gewoonlik gesond met min sistemiese bevindings. Met rektale ondersoek is die prostaat dan onreëlmatig en deegagtig. Die urine-ondersoek is normaal. Met prostaatmassering word 'n oormaat prostaat-vloeistof gewoonlik gevind en dit bevat dan gewoonlik minstens 10 tot 20 etterselle P/hv en 'n positiewe kultuur word gewoonlik gevind. 'n Vloeikurwe word voorgestel op hierdie pasiënte en mag blaasuitgangobstruksie toon. 'n

By onbehandelde akute prostatitis: moenie die prostaat masseer nie

Ultraklank-ondersoek van die prostaat kan 'n onreëlmatige en/of vergrote prostaat toon. Indien daar blaasuitgangobstruksie is, word 'n verhoogde residuele urine ook gevind.

Die behandeling van kroniese prostatitis is moeilik aangesien alle antibiotika swak penetreer in die prostaat as gevolg van die sogenaamde bloed-prostaat barrière. Baie pasiënte met kroniese prostatitis

het konkressies of klein steentjies in die prostaat waar die bakterieë sogenaamd wegkruip vir die antibiotika. Hierdie gevalle het dan almal 'n kroniese herhalende verloop. Die antibiotika wat wel goed penetreer in die prostaat is Kotrimoksasool, Doksimisien, Minomisien, Eritromisien en sommige van die Aminoglukosiede.

Omdat anti-biotika swak penetreer in die prostaat, maak dit die behandeling van kroniese prostatitis baie moeilik

Een van die nuwere ontwikkelings in die behandeling van kroniese prostatitis is om Aminoglukosiede met ultraklank-kontrolle direk in die prostaat in te spuit. Hierdie proses kan langdurige remissies teweegbring. Fisioterapie mag verligting bring van die pasiënt se simptome asook anti-inflammatoriese middels. Gereëlde prostaatmassering is soms aangedui, veral as die pasiënt se seksuele aktiwiteit baie verminder is. 'n Transuretrale reseksie van die prostaat moet oorweeg word wanneer daar blaasuitgangobstruksie is, of indien konserwatiewe behandeling heeltemal faal.

Prostatodinia

Dit kom gewoonlik voor by pasiënte tussen 25 en 50 jaar. Hierdie pasiënt het sistemiese baie ander simptome en word gewoonlik behandel vir 'n hiatusbreuk, spastiese kolon en het dikwels een of meer chirurgiese prosedures aan die buik ondergaan, soos 'n kolesistektomie. Hulle het dan

veral 'n geskiedenis van verminderde seksuele aktiwiteit en klagtes van erge pyn in die perineum. Simptome van frekwensie, dringendheid en 'n swak urinêre vloei is gewoonlik intermitterend.

Met kliniese ondersoek is dit gewoonlik 'n gespanne, angstige individu. Met rektale ondersoek kom die prostaat normaal voor. Die urine-ondersoek is normaal. Met prostaatmassering word dikwels 'n oormaat prostaatvloeistof gevind maar dit is normaal met mikroskopiese ondersoek. Hulle vloeikurwe wissel na aanleiding van die pasiënt se simptome op daardie tyd en die angstigheid as gevolg van die vreemde omstandighede in die dokter se spreekkamer. Ultraklank-ondersoek van die prostaat wys gewoonlik 'n normale prostaat en die residuele urine is gewoonlik minimaal.

Die kliniese hantering hiervan sluit *natuurlik* 'n volledige urologiese ondersoek in, om enige fisiese abnormaliteite uit te skakel. Hoewel dit gewoonlik normaal is, moet die

Prostatodinia kom gewoonlik voor by 'n gespanne, angstige individu

volgende toestande spesifiek uitgeskakel word. Blaasnekobstruksie, 'n laer uretersteen en bilharzia.

In die behandeling van hierdie pasiënte is *geruststelling* baie belangrik aangesien 'n groot persentasie van hulle aan 'n ernstige kankerfobie lei. Antispasmodika mag hulle simptome

... Die Prostaat

verlig. In pasiënte met erge frekwensie en dringendheid, saam met moeilike blaaslediging, kan klein dosisse Valium, en Alfa- en Beta-blokkers probeer word. Fisioterapie is dikwels van waarde, asook positiewe terugvoer-terapie deur 'n kliniese sielkundige. Indien daar tekens van blaasuitgangobstruksie teenwoordig is, is dit gewoonlik as gevolg van blaasnek-hipertrofie en moet 'n TUR van die blaasnek gedoen word.

Prostatisme

Hier gaan ek die simptome van prostatisme in die algemeen bespreek, en daarna elke toestand op sy eie. Die algemene simptome van prostatisme of blaasuitgangobstruksie is natuurlik die van 'n swak urinêre stroom, frekwensie, dringendheid, post-mikturisie druppeling, disurie en soms hematurie. Die algemene oorsake van prostatisme is benigne prostaatiese hiperplasie, blaasnek-obstruksie, prostaat-karsinoom, uretra-strikture, kroniese prostatitis en akute prostatitis.

In die kliniese geskiedenis is die volgende belangrik: by benigne hiperplasie het die pasiënt gewoonlik 'n lang, stadig-toenemende geskiedenis van prostatisme-

Kliniese ondersoek wys gewoonlik geen abnormaliteite by uretra-strikture nie

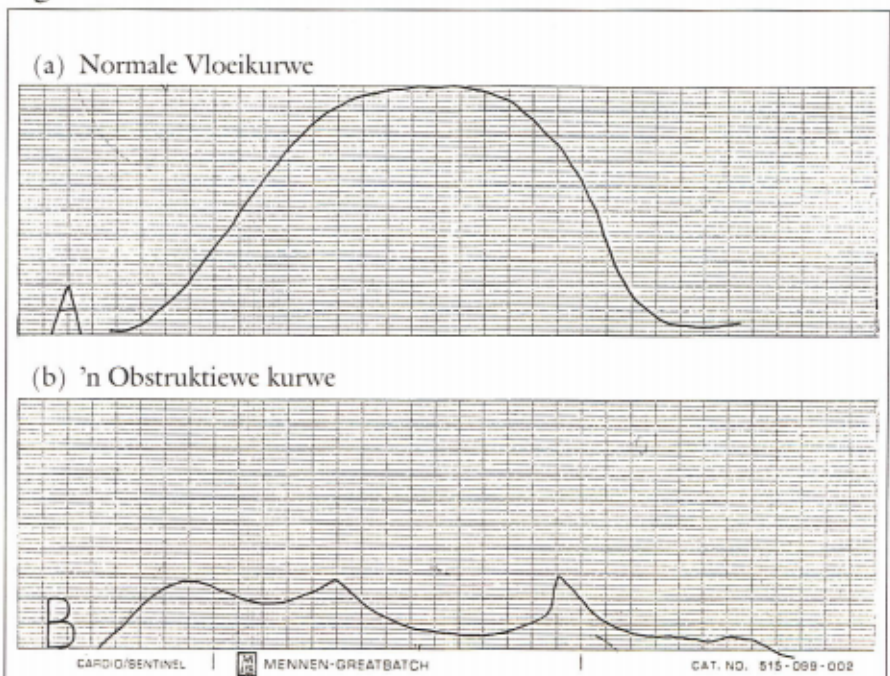
simptome. By pasiënte met blaasnekstenose begin hulle simptome tipies tussen 20 en 30 en dikwels kom hulle dan ook agter dat die eerste simptome dié is van sogenaamde "stage fright", maw

hulle kan nie urine passeer in 'n publieke toilet nie. Hulle ontwikkel dan toenemende prostatisme en presenteer gewoonlik vir behandeling op 'n ouderdom tussen 35 en 45. Pasiënte met prostaat-karsinoom het gewoonlik 'n geskiedenis van 'n baie kort verloop en kan baie erge prostatisme ontwikkel oor 'n periode van 6 weke tot 3 maande. Hulle het dikwels ook simptome van metastase, soos been- en rugpyn. Die pasiënt met 'n uretrale striktuur, het gewoonlik 'n geskiedenis van uretrale manipulasie, of dat 'n uretrale kateter vir 'n lang tyd gebruik is, soos bv in 'n Intensiewe Sorg-Eenheid. Die kliniese beeld van kroniese prostatitis en akute prostatitis is reeds behandel. Met kliniese ondersoek van benigne prostaat-hiperplasie, word die tipiese vergrote, reëlmatige, ferm prostaat sonder enige nodules gevind. Die prostaat is dan ook beperk tot sy kapsel en daar is geen ekstensie of

verdikking buite die kapsel nie. Met blaasnekobstruksie kom die prostaat tipies normaal voor, maar 'n mens kan dikwels 'n dik rif bokant die prostaat voel. Met prostaat-karsinoom word dan 'n harde nodule gevind. Indien die karsinoom reeds gevorderd is, kan dit die hele prostaat vervang en net een groot, harde, onreëlmatige massa wees.

Met 'n uretra-strikture word dikwels met kliniese ondersoek, geen abnormaliteite gevind nie. Kroniese prostatitis en akute prostatitis is reeds bespreek. Die spesiale ondersoek, wat in prostatisme gedoen word, sluit natuurlik in 'n urine-ondersoek en, indien aangedui, 'n prostaat vloei-stof-ondersoek. Die serum-suur-fosfatase en prostaat-spesifieke antigeen-vlakke word gedoen, indien die pasiënt bokant 50 jaar is. 'n Intraveneuse piëlogram is seld nodig. Die belangrikste ondersoek in die

Figuur 1



... Die Prostaat

evaluasië van prostatisme, is dan 'n vloekurve. In Figuur 1 is daar 'n normale vloekurve in die boonste gedeelte, en 'n obstruktië kurwe in die onderste gedeelte. Ultraklank-onderzoek toon natuurlik die prostaatvergroting en met rektale ultraklank-onderzoek van die prostaat, kan enige suspisieuse nodules verder ondersoek word. 'n Ultraklank-onderzoek toon ook die residuële urine, indien enige.

Prostaat-Spesifieke Antigene en Prostaat-Serum-Suur Fosfatase.

Prostaat-Spesifieke Antigene (PSA)

Dit is 'n serum-merker wat baie behulpsaam is in die ondersoek en opvolg van prostaat-karsinoom. Dit word afgeskei deur karsinoomselle en word bepaal met 'n immuno-radiometriese metode. Die PSA is baie konstant vir elke individu met baie min diurnale variasie.

In pasiënte met vroeë prostaat-karsinoom is dit in 30% tot 50% positief, en in gevorderde karsinoom, van 70% to 95%. Ongelukkig is dit

Die belangrikste ondersoek by prostatisme is 'n vloekurve

egter ook vals positief, in 10% van alle mans en in 20% van gevalle met benigne hiperplasië. In beide hierdie gevalle is dit byna altyd minder as 10 ng/ml. PSA se groot waarde lê daarin dat dit baie geskik is vir die opvolg van pasiënte met prostaat-karsinoom wat onder behandeling is, aangesien dit so konstant vir elke individu is. 'n Opwaartse of

afwaartse verandering van die PSA tydens behandeling is van baie waarde.

Prostaat-Serum-Suur Fosfatase (SF)

Dit is die prostaat-fraksie van die serum-suur fosfatase, en is ook 'n serum-merker wat in prostaat-karsinoom gebruik word. Dit word afgeskei deur prostaat-karsinoomselle. Dit is baie minder sensitief as PSA en het 'n baie groot diurnale variasie, en kan in een individu varieer met tot 50%. Dit is baie selde positief in vroeë karsinoom-gevalle, en 'n verhoogde suur-fosfatase dui byna altyd op gevorderde prostaat-karsinoom met verspreiding buite die kapsel en/of metastase. Dit is egter aan die anderkant baie selde vals-positief. Die groot waarde lê daarin dat dit vir inisiële evaluasië en stadiëring van die karsinoom gebruik kan word.

Die pasiënt met 'n verhoogde PSA en 'n normale FS

Indien die PSA onder 10 ng/ml is, moet 'n baie sorgvuldige rektale ondersoek uitgevoer word. Indien die rektale ondersoek normaal is, moet die pasiënt se PSA-waardes en rektale ondersoek na 4 maande herhaal word. Indien die rektale-onderzoek abnormaal is, moet 'n biopsie van die prostaat gedoen word, verkieslik onder ultraklank-beheer. Indien die pasiënt op hierdie stadium ook betekenisvolle blaasuitgangobstruksie het, is 'n TUR van sy prostaat aangedui.

Indien die PSA van 10 tot 20 ng/ml is met 'n normale suur-fosfatase, word die pasiënt baie hanteer soos die vorige een. 'n Sorgvuldige rektale ondersoek moet gedoen word. Indien dit heeltemal normaal is, moet die

rektale ondersoek en PSA oor 4 maande herhaal word. Indien rektale ultraklank beskikbaar is, behoort hierdie pasiënt 'n rektale ultraklank-onderzoek te ondergaan met 'n biopsie van enige suspisieuse areas. Indien die rektale ondersoek natuurlik abnormaal is, moet 'n biopsie van die abnormale area gedoen word; en indien daar betekenisvolle blaasuitgangobstruksie is, moet 'n TUR oorweeg word.

Indien die PSA bokant 20 ng/ml is, moet 'n biopsie in alle gevalle gedoen word. Indien daar 'n suspisieuse letsel teenwoordig is, word biopsies hiervan geneem; andersins word verteenwoordigende biopsies van die hele prostaat geneem. Indien daar blaasuitgangobstruksie teenwoordig is, word 'n transuretrale reseksie aanbeveel.

Verwysings

1. Drach GW. Prostatitis and prostatodynia: their relationship to benign prostatic hypertrophy. *Urol Clin N Amer* 1980; 7: 79-88.
2. Baert L, Leonard A. Chronic bacterial prostatitis: 10 years of experience with local antibiotics. *J Urol* 1988; 140: 755-7.
3. Walsh PC. Benign prostatic hyperplasia. *Campbell's Urology* 1986; 5: 1248-67.
4. Catalona WJ, Scott WW. Carcinoma of the Prostate. *Campbell's Urology* 1986; 5: 1463-1534.
5. McHugh TA. The influence of transrectal ultrasound of the prostate on a private urology practice. *Proceedings of the international symposium on diagnosis and treatment of early prostatic cancer* 1989; 37-40.
6. Ercole CJ, Lange PH, et al. Prostatic specific antigen and prostatic acid phosphatase in monitoring and staging of patients with prostatic cancer. *J Urol* 1987; 138: 1181-4.