

Antibiotica bij chronische prostatitis

PEARLS bieden de lezer bruikbare wetenschap voor de werkvloer, op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews. De coördinatie is in handen van dr. F.A. van de Laar, Cochrane Primary Health Care Field, Radboudumc Nijmegen • Correspondentie: floris.vandelaar@radboudumc.nl.

Context Chronische prostatitis komt in de huisartsenpraktijk voor bij ongeveer 10% van de volwassen mannen. Meestal gaat het om het chronisch bekkenpijnsyndroom (CPPS) en is de oorzaak onduidelijk, maar in 10% van de gevallen lijken de klachten veroorzaakt te worden door een chronische bacteriële prostatitis (CBP).

Klinische vraag Wat is de effectiefste antimicrobiële behandeling van patiënten met CBP en welke bijwerkingen treden daarbij op?

Conclusie auteurs De auteurs includeerden 18 RCT's (2196 patiënten) waarin verschillende antibiotica bij patiënten met CBP werden vergeleken. De diagnose werd gesteld bij een toename van bacteriën en leukocyten in de urine na prostaatmassage (2-glazentest). Er is geen verschil in effectiviteit tussen chinolonen onderling (ciprofloxacine, levofloxacine en ofloxacine). Ciprofloxacine versus vergelijkbare chinolonen verschilt niet in microbiologische effectiviteit (RR 0,98; 95%-BI 0,7 tot 1,18) en klinische effectiviteit (RR 0,9; 95%-BI 0,75 tot 1,08). Ook wat betreft het aantal bijwerkingen is het verschil tussen de chinolonen onderling statistisch niet significant: RR 1,16 (95%-BI 0,95 tot 1,42). Het maakt niet uit of de behandelingen gemiddeld drie, vier of zes weken worden voortgezet. Onderzoeken waarbij chinolonen werden vergeleken met andere antibiotica waren van onvoldoende kwaliteit om conclusies aan te verbinden. Bij chlamydia-infecties zijn macroliden (azytromycine of clarithromycine) beter dan chinolonen wat betreft microbiologische effectiviteit (RR 0,48; 95%-BI 0,32 tot 0,72) en klinische effectiviteit (RR 0,64; 95%-BI 0,46 tot 0,90). Qua bijwerkingen was er geen verschil (RR 0,34; 95%-BI 0,01 tot 8,15).

Beperkingen Deze review geeft geen inzicht in genezingspercentages van patiënten met CBP na behandeling met antibiotica, omdat er geen onderzoeken zijn waarin een controlegroep placebo gebruikte. De review geeft evenmin inzicht in de optimale duur van de behandeling.

COMMENTAAR

De NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen schenkt weinig aandacht aan de diagnose CBP. In de meeste gevallen van chronische prostatitis is er geen sprake van een bacteriële infectie en spreekt men van CPPS. Toch wordt bij ruim 10% van de patiënten met chronische prostatitisklachten een micro-organisme geïsoleerd uit het prostaatvocht. In hoeverre die micro-organismen verantwoordelijk zijn voor de klachten is niet duidelijk. Voor diegenen bij wie mogelijk wel een bacte-

riologische oorzaak aanwezig is, zijn er geen richtlijnen voor diagnostiek en behandeling. Ongeveer 10% van de mannen heeft chronische prostatitisklachten, 60% van hen consulteert de huisarts. Bij patiënten met chronische prostatitis die met therapeutisch nihilisme geen genoegen nemen, schrijven artsen tal van empirische behandelingen voor waarvan de effectiviteit evenmin is bewezen. Deze Cochrane-review laat in elk geval zien dat patiënten die met een 2-glazentest worden gediagnosticeerd als CBP-patiënten, het best behandeld kunnen worden met een chinolon, zoals 2 maal daags 500 mg ciprofloxacine gedurende drie tot zes weken. In geval van een chlamydia-infectie gaat de voorkeur uit naar een macrolide, bijvoorbeeld azitromycine 1 maal daags 500 mg drie dagen per week gedurende drie weken of clarithromycine 2 maal daags 500 mg gedurende twee weken. Omdat in geen van de onderzoeken placebogecontroleerd onderzoek is gedaan, blijft de vraag of het toedienen van antibiotica überhaupt zinvol is. Ook al sluiten de antibiotica aan bij het aan de hand van een antibiogram verkregen gevoeligheidsspectrum, dan nog is het de vraag of die antibiotica wel voldoende weefselconcentraties in de prostaat bereiken. Daarnaast kunnen de klachten een zodanig natuurlijk beloop hebben dat er na enkele maanden spontane regressie optreedt; antibiotica zijn hierop niet van invloed en dus overbodig. Terughoudendheid is geboden, zeker omdat het gaat om sterk werkende antibiotica die voor een langere periode moeten worden gegeven en, gezien de grote kans op recidieven, vaak herhaald moeten worden. Voor zover ons bekend is, bestaat er geen RCT waarin antibiotica zijn vergeleken met placebo bij CBP. Wij zijn het met de opstellers van de Cochrane-review eens dat dit onderzoek noodzakelijk is. Het voorschrijven van antibiotica bij patiënten met CBP moet, tot er meer duidelijkheid is, daarom met mate gebeuren. In afwachting van verder wetenschappelijk onderzoek kunnen patiënten die toch een medicamenteuze behandeling willen proberen bij langdurig bestaande klachten, na een positieve 2-glazentest starten met een chinolon of een macrolide. Dit beleid biedt mogelijk enige verbetering van het gangbare beleid, waarbij verschillende soorten antibiotica worden voorgeschreven zonder duidelijke diagnostische criteria en met een wisselende behandelingsduur. ■

LITERATUUR

- 1 Perletti G, Marras E, Wagenlehner FME, Magri V. Antimicrobial therapy for chronic bacterial prostatitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;8:CD009071.