

Chronische Prostatitis/ Beckenschmerzsyndrom

PD DR. GIUSEPPE MAGISTRO

Urologische Klinik
Asklepios Westklinikum Hamburg
g.magistro@asklepios.com

PROF. DR. FLORIAN WAGENLEHNER

PROF. DR. ADRIAN PILATZ

Klinik und Poliklinik für Urologie, Kinderurologie und Andrologie, Justus-Liebig-Universität Giessen

INHALT

Hintergrund
Basisdiagnostik
Behandlung
Fazit für die Praxis

LECTURE BOARD

Prim. Univ.-Prof. Dr. Stephan Madersbacher

Abteilung für Urologie und Andrologie
Klinik Favoriten, Wien

Prof. Dr. Michael E. Eisenmenger

Facharzt für Urologie & Andrologie
Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Mann und Gesundheit
Wien, Bruck/Leitha

ÄRZTLICHER FORTBILDUNGSANBIETER

Ärztchammer für Niederösterreich, Wipplingerstraße 2, 1010 Wien

REDAKTIONELLE BEARBEITUNG

Dr. Claudio Polzer

*Eine Literaturliste ist auf Anfrage bei der Redaktion erhältlich.
Der Originalartikel ist erschienen in Die Urologie 6/2023.*

© Springer Verlag GmbH 2024

Punkte sammeln auf... SpringerMedizin.at

Das DFP-E-learning ist Teil des Diplom-Fortbildungsprogramms (DFP) der Österreichischen Ärztekammer und ermöglicht qualitätsgesicherte Fortbildung durch das Studium von Fachartikeln nach den Richtlinien des DFPs.

DFP-Punkte online, per Post oder E-Mail

Der Multiple-Choice-Fragebogen des DFP kann bis zum **16. November 2024** beim **Springer Verlag** eingereicht werden:

- Online: Für eingeloggte User steht der Beitrag und der Fragebogen unter **www.springermedizin.at** zur Verfügung.
- per Post: Prinz-Eugen-Straße 8-10, 1040 Wien
- per E-Mail (eingescannter Test) an: **susanna.hinterberger@springer.at**

Approbation

Diese Fortbildungseinheit wird mit zwei medizinischen DFP-Punkten approbiert. Die Fortbildungspunkte werden rasch und unkompliziert mit Ihrer ÖÄK-Nummer elektronisch verbucht.



Fortbildungs-ID: 804714

Kontakt und weitere Informationen

Springer-Verlag GmbH
Springer Medizin
Susanna Hinterberger
susanna.hinterberger@springer.at
SpringerMedizin.at



Chronische Prostatitis/ Beckenschmerzsyndrom

Hintergrund

Ein häufig unterschätztes Beschwerdebild mit erheblichem Einfluss auf die Lebensqualität von sowohl jungen als auch älteren Männern ist als chronische Prostatitis/chronisches Beckenschmerzsyndrom („chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome“, CP/CPPS) bekannt. Epidemiologische Daten geben für prostatitisähnliche Beschwerden eine mittlere Prävalenz von 8,2 % an und in etwa 8 % der urologischen Beratungsanlässe im ambulanten Sektor erfolgt die Diagnosestellung einer Prostatitis. Die CP/CPPS ist definiert als chronischer Schmerz oder Missempfindung im Beckenbereich für mindestens 3 Monate im letzten Halbjahr und weist eine häufige Assoziation mit Miktionsbeschwerden, psychosozialen Störungen und sexueller Dysfunktion auf. Für die Diagnosestellung ist es entscheidend, Differentialdiagnosen wie Infektionen im Urogenitalbereich, onkologische Erkrankungen, anatomische Irregularitäten oder neurologische Krankheitsbilder auszuschließen. Seit Ende der 1990er-Jahre wird der syndromale Komplex der Prostatitis gemäß der Konsensusdefinition des National Institute of Health in 4 Kategorien eingeteilt. Diese gestalten sich wie folgt:

- Typ 1: akute bakterielle Prostatitis,
- Typ 2: chronische bakterielle Prostatitis,
- Typ 3: chronische Prostatitis/chronisches Beckenschmerzsyndrom,
 - o Typ 3A: inflammatorische Variante,
 - o Typ 3B: nicht-inflammatorische Variante,
- Typ 4: asymptomatische Prostatitis.

Transitionen zwischen den Kategorien sind beschrieben. So entwickeln 10,2 % der Patienten mit einer akuten bakteriellen Prostatitis im Verlauf eine chronische bakterielle Prostatitis und bei weiteren 9,6 % kommt es zur Ausbildung einer chronischen Prostatitis Typ 3. Es ist wichtig hervorzuheben, dass in nur 5–10 % tatsächlich eine bakterielle Infektion als Ursache der Beschwerden vorliegt. Trotzdem wird in der klinischen Praxis probatorisch für fast jeden 2. Patienten eine antimikrobielle Behandlung eingeleitet. Dieses Vorgehen entspricht weder einer evidenzbasierten, leitliniengerechten Praxis, noch lässt sich dies angesichts steigender antimikrobieller Multiresistenzen in der heutigen Zeit rechtfertigen.

Die exakte Pathophysiologie des CP/CPPS ist weiterhin noch nicht im Detail geklärt. Weder spezifische Biomarker noch akkurate Testverfahren stehen uns daher für die Diagnosestellung zur Verfügung. Viele klinische Studien und Metaanalysen scheiterten dabei eine effektive Monotherapie zu identifizieren. Ursäch-

lich hierfür scheinen ganz verschiedene ätiologische Ursachen zu sein. Daraus ergibt sich, dass die CP/CPPS nicht nur eine oft jahrelange Belastung für die Betroffenen selbst darstellt, sondern oft auch eine klinische Herausforderung in der urologischen Praxis bedeutet.

Die Einführung einer klar definierten Klassifikation, die Verfügbarkeit von validierten, symptombezogenen Fragebögen (PROMs, „patient-reported outcome measures“) und etablierte, klinische Stratifizierungssysteme haben die Behandlung des CP/CPPS grundlegend beeinflusst. Eine strukturierte Basisdiagnostik und personalisierte Therapiekonzepte legen den Grundstein für das Management des CP/CPPS.

Basisdiagnostik

Klinische Beschwerden

Das Hauptsymptom besteht in Schmerzen oder Missempfindungen mit Punctum maximum in der perinealen Region. Projektionen in Richtung Hoden oder Penis werden häufig angegeben. Gelegentlich wird auch die Schmerzfortleitung im Bereich der Harnblase, des Rückens oder des Rektums berichtet. Muskuloskeletale Symptome können in Form von muskulären Verspannungen im Abdominal- und Beckenbereich vorkommen. Schmerzen während der Miktions (43 %) und Ejakulation (45 %) werden fast von jedem zweiten Patienten beklagt, wobei v. a. der ejakulatorische Schmerz stark mit der Ausprägung der Symptome und mit der Lebensqualität der Betroffenen assoziiert erscheint. Die postejakulatorische Zunahme der Beschwerden kann von mehreren Minuten bis zu einige Tagen reichen. Miktionsbeschwerden sind in 50–60 % der Fälle vorhanden. Außerdem berichten viele Patienten über eine ausgesprochene Kälteempfindlichkeit mit Besserung der Beschwerden bei Wärmeapplikation und es wird in 40–70 % der Betroffenen eine sexuelle Dysfunktion festgestellt. Diese beeinträchtigt relevant die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Schwere der Symptome.

Auffällig ist, dass in der CP/CPPS-Sprechstunde nur ca. 50 % der Patienten überhaupt noch sexuell aktiv sind. Im Sinne des psychopathologischen Befunds kann die CP/CPPS mit Angstzuständen, Depression und Aggravation der Symptomwahrnehmung vergesellschaftet sein. Deshalb ist es naheliegend, Aspekte, die für die Krankheitsbewältigung relevant erscheinen (z. B. kognitive und verhaltensbezogene Faktoren) als festen Bestandteil der Basisdiagnostik zu berücksichtigen.

Der Blick über den urologischen Tellerrand ist aufgrund des symptomatischen Überschneidungsbereichs mit nicht-urologi-

schen Krankheitsbildern unerlässlich. Differentialdiagnostisch ist bei Beckenschmerzen auch an Schmerzsyndrome wie der Fibromyalgie, chronisch entzündlichen Darmerkrankungen oder dem chronischen Erschöpfungssyndrom („chronic fatigue syndrome“) zu denken. Zudem sind auch Assoziationen denkbar und häufig. Es wurde beispielsweise in 22–31,2 % der Patienten mit der Diagnose CP/CPSP auch eine chronisch entzündliche Darmerkrankung festgestellt. Bei zusätzlichen ganzkörperlichen Symptomen ist ebenfalls auch eine Somatisierungsstörung eine mögliche Ursache und bei entsprechendem Verdacht fachärztlich weiter abzuklären.

Es wird deutlich, wie unterschiedlich das CP/CPSP die Lebensqualität der Betroffenen beeinträchtigen kann. Das Patientenkollektiv ist hoch variabel und dies zeigt sich auch in den klinischen Verläufen. In der Regel berichten die Patienten über einen wellenförmigen Schmerzverlauf mit Phasen, die mal besser werden, aber sich auch mit starken Schmerzspitzen („flare up“) verschlechtern können. Allein diese klinische Manifestationsvariabilität macht es erforderlich, im Rahmen einer strukturierten Basisdiagnostik das individuelle Profil eines jeden Patienten mit Verdacht auf CP/CPSP zu erfassen.

Anamnese

Als obligatorischer Bestandteil der Basisdiagnostik sollen die Schmerzsymptomatik (Lokalisation, Projektion, Schwere, Häufigkeit, Qualität, Dauer, Auslöser, Modulatoren), begleitende Miktionsbeschwerden, sexuelle Funktionsstörungen und psychosoziale Störungen erhoben werden. Die Anamnese umfasst immer auch Fragen nach der Medikation, früheren operativen Eingriffen, Allergien, stattgefundenen Harnwegsinfektionen und Begleiterkrankungen. Diese ersten Informationen dienen als Wegweiser für die weiteren diagnostischen Schritte zum Abschluss oder Bestätigung eines CP/CPSP.

PROMs

Die PROMs sind fester Bestandteil in der Basisdiagnostik des CP/CPSP. Hierzu steht sogar in Form des NIH Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI) ein validierter, spezifischer Fragebogen zur Verfügung, der als objektives Instrument zur Stuserhebung und zum Therapiemonitoring eingesetzt werden soll. Der NIH-CPSI besteht aus Domänen zur Schmerzsymptomatik, Miktionsbeschwerden und zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität. In der klinischen Evaluation erwies sich die Intensität des Schmerzes als stärkster Einfluss auf die Lebensqualität. Eine Verbesserung im Gesamtergebnis um 6 Punkte

im Vergleich zum Ausgangszustand ist mit einem signifikanten Therapieansprechen assoziiert.

Ein validierter Fragebogen zur Objektivierung von Miktionsbeschwerden ist mit dem International Prostate Symptom Score (IPSS) als sinnvolle Ergänzung verfügbar. Wie oben erwähnt, bestehen bei fast jedem zweiten Patienten mit der Diagnose CP/CPSP auch Beschwerden der Miktions.

Optional können auch PROMs zur Evaluation der sexuellen Funktion wie z. B. der International Index of Erectile Function (IIEF-5) und der Sexual Health Inventory for Men (SHIM) zum Einsatz kommen.

Da psychosoziale Faktoren im Rahmen eines CP/CPSP relevant für die Krankheitsbewertung sein können, sind PROMs in Form des Generalised Anxiety Disorder-7 (GAD-7), des Public Health Questionnaire-2 (PHQ-2), des Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) oder des Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) denkbar.

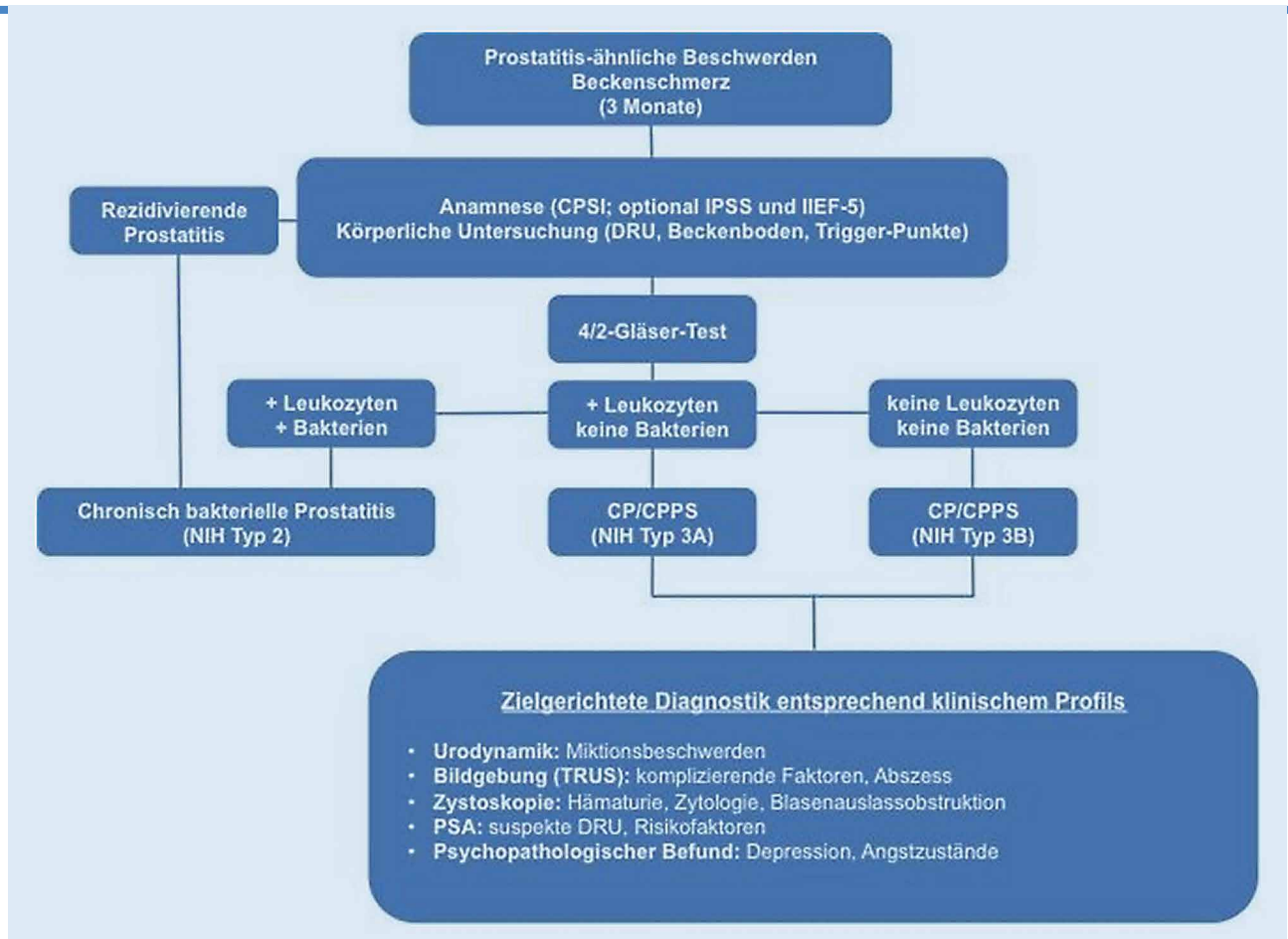
Körperliche Untersuchung

Das primäre Ziel der klinischen Untersuchung besteht darin, den individuellen Status des Patienten zu erheben, um den Verdacht auf eine CP/CPSP zu bestärken und Differentialdiagnosen des Beckenschmerzsyndroms auszuschließen. Im Rahmen der Basisdiagnostik werden Abdomen, äußeres Genitale, Prostata und Perineum untersucht. Hierbei ist die Identifizierung von Triggerpunkten des Beckenbodens hilfreich, um das Beschwerdebild des Patienten genauer abzubilden. Auch sollte eine proktologische Ursache (z. B. Analfissur) ausgeschlossen werden. Es sei an dieser Stelle nochmals erwähnt, dass spezifische Tests zur eindeutigen Diagnosestellung nicht verfügbar sind und deshalb das strukturierte, initiale klinische Assessment so entscheidend ist für das weitere diagnostische Vorgehen.

Labormedizinische Untersuchung

Ein Testverfahren mit spezifischen Biomarkern für die Diagnosestellung ist weiterhin noch nicht etabliert. Als Goldstandard zur mikrobiologischen Abklärung von prostatitisähnlichen Beschwerden gilt weiterhin der 4-Gläser-Test nach Meares und Stamey. Hier wird das Vorliegen einer bakteriellen Infektion bestätigt oder ausgeschlossen und somit die Indikation für eine antibiotische Behandlung entschieden. Anhand von 4 Proben, nämlich Erststrahlurin, Mittelstrahlurin, Prostataexpressat und Postexpressaturin, werden pathogene Harnwegserreger und Entzündungsparameter (Leukozyten) untersucht. Der sog. 2-Gläser-Test ist eine adäquate Screeningalternative, die sich nur auf den Mittelstrahlurin und den Postexpressaturin beschränkt.

Abb. 1 Diagnostischer Algorithmus zur Abklärung des CP/CPPS.
 CP/CPPS chronische Prostatitis/chronisches Beckenschmerzsyndrom, CPSI Chronic Prostatitis Symptom Index, IPSS International Prostate Symptom Score, IIEF-5 International Index of Erectile Function, TRUS transrektaler Ultraschall, DRU digitale rektale Untersuchung, NIH National Institute of Health)



Diese zwei sog. Lokalisationstests stellen einen wichtigen Entscheidungspunkt im diagnostischen Algorithmus zur Abklärung des CP/CPPS dar (Abb. 1). Je nach dem Vorliegen von pathogenen Bakterien handelt es sich um eine chronisch bakterielle Prostatitis (NIH Typ 2) oder doch eher einem CP/CPPS (NIH Typ 3). Der Nachweis von Leukozyten in relevanter Zahl in den gewonnenen Proben nach erfolgter Prostatamassage (Exprimat, Postexprimat) unterscheidet die inflammatorische Variante (NIH Typ 3A) von dem nicht-inflammatorischen Subtyp (NIH Typ 3B). Allerdings wird in der urologischen Praxis anstelle der 2-Gläser-Probe oft eine alleinige mikrobiologische Ejakulatuntersuchung veranlasst und auf Basis der Keimanalyse eine antibiotische Therapie von nicht relevanten Hautkeimen (Staphylokokken etc.) eingeleitet. Hiervon ist explizit abzuraten.

Bildgebung/apparative Diagnostik

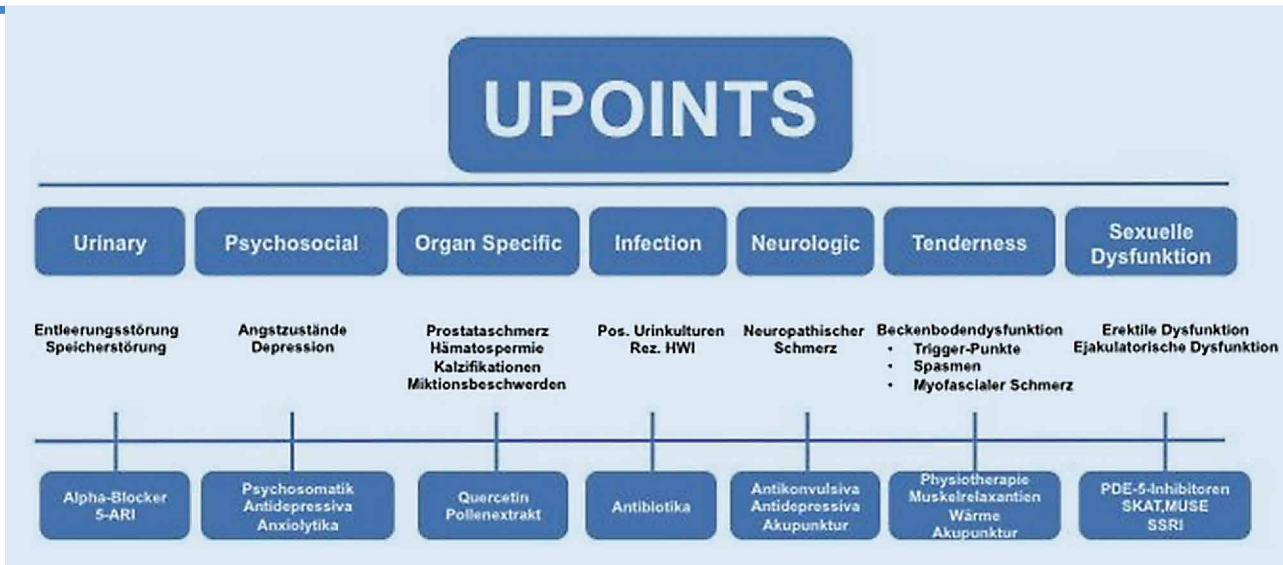
Die weitere diagnostische Abklärung richtet sich primär nach dem individuellen Beschwerdebild des Patienten (Abb. 1). Daher kommen bildgebende Untersuchungen oder weiterfüh-

rende apparative Diagnostik bei gezielten Fragestellungen, oder wenn Differentialdiagnosen für Beckenschmerzen ausgeschlossen werden sollen, zum Einsatz. Im Falle von Auffälligkeiten der Prostata in der digital-rektalen Untersuchung wäre als nächster Schritt ein transrektaler Ultraschall sinnvoll. Werden Miktionsbeschwerden berichtet, kann in der weiterführenden Diagnostik die Uroflowmetrie und sonographische Restharnbestimmung angeschlossen werden bis hin zur urodynamischen Untersuchung bei konkreter Indikationsstellung. Die Computertomographie oder Magnetresonanztomographie als bildgebende Verfahren sollte nur bei konkreten Fragestellungen zum Zuge kommen.

Erfassung des klinischen Profils: die UPOINTS-Klassifikation

Das Akronym UPOINTS setzt sich aus Symptomdomänen des Beckenschmerzsyndroms zusammen, nämlich Miktionsbeschwerden („urinary“), Psychopathologien („psychosocial“), organspezifische Symptome („organ-specific“), Infektionen („infection“), neurologische Beschwerden („neurologic“), mus-

Abb. 2 UPOINTS-Klassifikation („urinary, psychosocial, organ specific, infection, neurologic/systemic, tenderness, sexual dysfunction“) und Behandlungsoptionen. 5-ARI 5-Alpha-Reduktaseinhibitoren, PDE-5 Phosphodiesterase-5, SKAT Schwellkörperautoinjektionstherapie, SSRI selektive Serotonin-Reuptake-Inhibitoren, HWI Harnwegsinfekt



kuläre Verspannung („tenderness“) und sexueller Dysfunktion („sexual dysfunction“). Anhand dieser kann strukturiert das individuelle Beschwerdebild des Patienten abgebildet werden. Der klare Vorteil liegt zum einen in der differenzierten Erfassung der Symptomatik, und damit wird der diagnostische Leitfaden vorgegeben. Zum anderen werden die Therapieziele aufgezeigt, die dann im Rahmen eines multimodalen, personalisierten Behandlungskonzepts angesprochen werden müssen. In der klinischen Evaluation des UPOINTS-Ansatzes konnte eine gute Korrelation zwischen der Zahl positiver Domänen und der Ausprägung der Beschwerden und gesundheitsbezogenen Lebensqualität demonstriert werden.

Ein diagnostischer „Best-practice“-Algorithmus des CP/CPPS ist in Abb. 1 dargestellt.

Behandlung

Der „Prostatiker“ galt immer schon als ein komplexer, herausfordernder Patient in der urologischen Praxis. Das klinische Beschwerdebild der Patienten ist sehr variabel, weshalb man von einer multifaktoriellen Genese ausgeht. Verschiedene translationale Studien untersuchen die molekulare Pathophysiologie des CP/CPPS. Zum Beispiel konnte gezeigt werden, dass Patienten mit CP/CPPS im Vergleich zu Kontrollen einen epigenetisch inaktivierten CXCR4-Rezeptor aufwiesen, der in der Mastzellrekrutierung eine Rolle spielt. Weiterhin zeigten CP/CPPS-Patienten im Vergleich zu Kontrollen signifikant erhöhte Östrogenspiegel im Seminalplasma, sowie eine epigenetisch bedingte Herunterregulation beider Östrogenrezeptoren (ESR1 und ESR2) in somatischen Zellen des Ejakulats. Ohne weiter-

führende Kenntnis der Ätiologie war es bis dato nicht möglich, in einer Vielzahl von randomisierten klinischen Studien und Metaanalysen eine effektive Monotherapie zu identifizieren.

In zwei weiteren Cochrane-Metaanalysen wurden bei niedriger bis moderater Evidenz die Wirksamkeit und Sicherheit einzelner pharmakologischer und nicht-pharmakologischer Therapiemodalitäten evaluiert. Insgesamt war der Einfluss einzelner Maßnahmen nur moderat, eine klare Handlungsempfehlung für die klinische Praxis wurde anhand der Ergebnisse nicht gegeben. Allerdings wurden einzelne vielversprechende Ansätze untersucht, wie beispielsweise der Off-label-Einsatz von intraprostatem Botulinum-Neurotoxin A bei Patienten mit CP/CPPS. Die Symptomatik gemessen am NIH-CPSI und dem IPSS wurde signifikant verbessert im Vergleich zur Placebogruppe.

Aufgrund der vielseitigen klinischen Manifestationen des CP/CPPS konnten neuere Ansätze mehr überzeugen, wenn sie diese Domänen gesondert adressierten. Das UPOINTS-Konzept ist hier an erster Stelle zu nennen, da es nicht nur die individuelle Beschwerdesituation differenziert abbildet, sondern zusätzlich damit die Bausteine einer maßgeschneiderten, personalisierten Therapie aufzeigt. Bereits in ersten klinischen Studien konnte hiermit ein signifikantes Therapieansprechen (Verbesserung im NIH-CPSI von mindestens 6 Punkten) in bis zu 84 % der Patienten über den Beobachtungszeitraum von knapp 1 Jahr erzielt werden. In weiteren klinischen Studien konnte dies bestätigt werden. Die weitere Evaluation derartiger Ansätze ist sicherlich dringend erforderlich, doch lässt sich jetzt schon festhalten, dass personalisierte, multimodale Konzepte einen klaren klinischen Vorteil gegenüber allgemeiner Monotherapien aufweisen.



Das UPOINTS-Schema und daraus abgeleitete Behandlungsoptionen sind in Abb. 2 dargestellt.

Ein weiterer wichtiger Aspekt des Managements des CP/CPPS besteht in der Betreuung des Patienten und dem Aufzeigen von realistischen Therapiezielen. Denn in der Regel ist mit einem Abklingen der Symptome trotz multimodalem Therapiekonzept erst innerhalb vieler Monate zu rechnen. Der wellenförmige Beschwerdeverlauf bedeutet, dass im Verlauf das Behandlungskonzept immer wieder adaptiert werden muss anhand der Beschwerden (CPSI) des Patienten. Wichtig ist hierbei ein partizipatives Vorgehen unter Einbindung der Patienten. Diese sollten stets in die Entscheidungen eingebunden werden und über Veränderungen und Verläufe aufgeklärt werden. Es ist ratsam, die Patienten über eine gewisse Latenz bis zum ersten Ansprechen auf Maßnahmen zu informieren.

Fazit für die Praxis

- Das CP/CPPS (chronische Prostatitis/chronisches Beckenschmerzsyndrom) ist definiert als chronischer Schmerz oder Missempfindung im Beckenbereich für mindestens 3 Monate im letzten Halbjahr und weist eine häufige Assoziation mit Miktionsbeschwerden, psychosozialen Störungen und sexueller Dysfunktion auf.
- Eine strukturierte Basisdiagnostik schließt potenzielle Differentialdiagnosen für Beckenschmerzen aus.

- „Patient-reported outcome measures“ (PROMs) wie der Chronic Prostatitis Symptom Index (CPSI) sind validierte Instrumente zur objektiven Erfassung der Symptomatik und eignen sich für das initiale Assessment und weitere Therapiemonitoring.
- Der 4- oder 2-Gläser-Test sind die Standarduntersuchungen zur Unterscheidung zwischen chronisch bakterieller Prostatitis (NIH Typ 2) und CP/CPPS und zum Differenzieren zwischen einem inflammatorischen (NIH Typ 3A) und nicht-inflammatorischen Subtyp (NIH Typ 3B) der CP/CPPS.
- Das UPOINTS-Schema („urinary, psychosocial, organ specific, infection, neurologic/systemic, tenderness, sexual dysfunction“) bildet das individuelle Beschwerdebild der Patienten ab, weist den weiteren Weg der diagnostischen Abklärung auf und bestimmt das multimodale und personalisierte Therapiekonzept.

PD DR. GIUSEPPE MAGISTRO

Urologische Klinik
Asklepios Westklinikum Hamburg
g.magistro@asklepios.com

PROF. DR. FLORIAN WAGENLEHNER
PROF. DR. ADRIAN PILATZ

Klinik und Poliklinik für Urologie, Kinderurologie und
Andrologie, Justus-Liebig-Universität Giessen

© Springer Verlag GmbH 2024

Fragebogen

Chronische Prostatitis/Beckenschmerzsyndrom

Foto: freepik

1. Welche Aussagen zur Definition und Epidemiologie der Chronischen Prostatitis/des chronischen Beckenschmerzsyndroms (CP/CPSS) treffen zu? (3 Richtige)

- a) Die CP/CPSS ist definiert als chronischer Schmerz oder Missempfindung im Beckenbereich für mindestens 6 Monate im letzten Jahr.
- b) Die CP/CPSS weist eine häufige Assoziation mit Miktionsbeschwerden, psychosozialen Störungen und sexueller Dysfunktion auf.
- c) Die mittlere Prävalenz prostatitisähnlicher Beschwerden liegt bei 8,2 %.
- d) In etwa 8 % der urologischen Beratungsanlässe im ambulanten Sektor erfolgt die Diagnosestellung einer Prostatitis.

2. Welche Erkrankung gehört NICHT zum syndromalen Komplex der Prostatitis? (1 Richtige)

- a) akute bakterielle Prostatitis
- b) chronische bakterielle Prostatitis
- c) chronische Prostatitis/chronisches Beckenschmerzsyndrom
- d) mykotische Prostatitis

3. Welche Aussagen zur Ätiologie der CP/CPSS treffen zu? (2 Richtige)

- a) Etwa 10 % der Patienten mit einer akuten bakteriellen Prostatitis entwickeln im Verlauf eine chronische bakterielle Prostatitis.
- b) Aus einer akuten bakteriellen Prostatitis entwickelt sich in >50 % eine chronische bakterielle Prostatitis.
- c) Bei chronischer bakterieller Prostatitis kommt es in fast 25 % zur Ausbildung einer CP/CPSS.
- d) In nur 5-10 % der Fälle von CP/CPSS liegt den Beschwerden eine bakterielle Infektion als Ursache zugrunde.

4. Zu den wichtigsten Symptomen der CP/CPSS zählen u. a.? (3 Richtige)

- a) perineale Schmerzen oder Missempfindungen
- b) Besserung der Beschwerden bei Kälteapplikation
- c) Schmerz während der Ejakulation
- d) Schmerz nach der Ejakulation

Einsendeschluss ist der **16. November 2024**.

- **Online:** www.springermedizin.at oder unter E-Learning auf der Website www.meindfp.at
 - **Per E-Mail (Scan)** an: susanna.hinterberger@springer.at
- Fortbildungs-ID: 804714

5. Welche Aussagen zur Diagnostik der CP/CPSS treffen zu? (2 Richtige)

- a) Patient Reported Outcome Measures (PROMs) sind fester Bestandteil in der Basisdiagnostik des CP/CPSS, allen voran der NIH Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI).
- b) Goldstandard zur mikrobiologischen Abklärung ist der 2-Gäser-Test (Untersuchung auf pathogene Harnwegserreger und Leukozyten in Mittelstrahlurin und Postexprimaturin).
- c) Bei chronischen Beschwerden und dem Vorliegen von pathogenen Bakterien und Leukozyten handelt es sich um eine chronisch bakterielle Prostatitis.
- d) Das Vorliegen von pathogenen Bakterien oder Leukozyten schließt eine CP/CPSS aus.

6. Welche Aussagen zur Behandlung der Chronischen Prostatitis/des chronischen Beckenschmerzsyndroms treffen zu? (2 Richtige)

- a) Die UPOINTS-Klassifikation setzt sich aus folgenden Symptodomänen zusammen: „urinary“, „psychosocial“, „organ-specific“, „infection“, „neurologic“, „tenderness“ und „sexual dysfunction“.
- b) Mit einer maßgeschneiderten, personalisierten Therapie kann in bis zu 84 % der Patienten ein signifikantes Therapieansprechen erzielt werden.
- c) Mit Hilfe multimodaler Therapiekonzepte kann zumeist innerhalb weniger Monate ein Abklingen der Symptome erreicht werden.
- d) Bei Nachweis von Erregern (z. B. Staphylokokken) in der mikrobiologischen Ejakulatuntersuchung sollte eine antibiotische Therapie eingeleitet werden.

Absender (bitte gut leserlich ausfüllen):

Name: _____

ÖÄK-Nummer: _____

Adresse: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Ort/PLZ: _____

- Frau Herr
- Ich besitze ein gültiges ÖÄK-Diplom

Telefon: _____

- Altersgruppe: < 30 31 – 40 41 – 50
- 51 – 60 > 60