

**Markku J. Leskinen**

LT, osastonylilääkäri

Urologian yksikkö, Seinäjoen keskussairaala

# Kroonisen eturauhastulehduksen eli lantion kiputilan lääkehoito

Kroonisen eturauhastulehduksen syy on pääosin tuntematon ja luultavasti monimuotoinen. Yksittäinen lääke tai hoitomuoto riittää vain harvoin, ja tavallisesti tarvitaan keskeisiin oireisiin suunnattua yhdistelmähoitoa. Alfasalpaajat ja 5-alfareduktaasin estäjät lievittävät oireita, ja trisykliset lääkkeet tehoavat yleensä hyvin kipuun.

**K**roonisesta eturauhastulehduksesta olisi täsmällisempää käyttää nimitystä miehen krooninen lantion kiputila. Kuitenkin krooninen eturauhastulehdus on käytännön terminä vakiintunut.

Tyypillisiä oireita ovat lantion, alavatsan, välilihan ja nivusalueen kivut. Kipu on usein vaikeasti paikannettavissa ja säteilee sukupuolielimiin, reisien sisäpinnalle ja ristiselkään. Virtsaamisoireita, kuten tiheävirtsausuutta, virtsaamispakkoa ja kirvelyä, esiintyy yli puolella potilaista. Kivulias siemensyöksy ja verinen siemenneste ovat myös yleisiä oireita. Kylmälle altistuminen tavallisesti pahentaa oireita. Oireistoa esiintyy noin 14 %:lla suomalaisista miehistä.

Lantion ja eturauhasen krooniseen kipuun ei tunneta parantavaa hoitoa, ja vain osa käytetyistä hoidoista perustuu kontrolloituun tutkimustietoon. Tyypillisesti kroonisen eturauhastulehduksen, kuten muidenkin kroonisten kiputilojen hoitoon, liittyy noin 30 %:n lumevaikutus hoitomenetelmästä riippumatta.

## Syy on pääosin tuntematon

Vain pieni osa (noin 5 %) kroonisista eturauhastulehduksista on bakteerien aiheuttamia. Bakteerilöydös on tällöin

viljeltävissä siemennesteestä tai eturauhaseritteestä. Muutoin kroonisen lantiokivun etiologia on edelleen suurelta osin tuntematon ja luultavasti monimuotoinen. Tavanomaisilla bakteeriviljelyillä ja PCR-menetelmillä ei ole todettu eroja terveiden ja lantion kivusta kärsivien mikrobikasvustossa, joten mikrobiologia on epätodennäköinen. Rakon kaulan sulkijan toiminnallinen avautumishäiriö tai rakon anatominen tyhjeneemisestä voivat aiheuttaa takaisinvirtausta ja kemiallista kudosärsytystä. Mekaaninen ja kemiallinen kudosärsytys voivat edelleen käynnistää immunologisia mekanismeja.

Riippumatta tulehdusprosessin laukaisijasta seurauksena on kudosturvotus, kudoksen heikentynyt hapensaanti ja tulehdusvälittäjainneiden aiheuttamat kudosauriot. Kroonistuvan oireen taustalla on neurogeeninen tulehdus, jossa jatkuva tulehdus herkistää syöttösolut ja aiheuttaa pysyvän häiriön kipua aistivien C-hermosäikeiden toiminnassa. Kuitenkin jopa 50 %:lla oireiden taustalla saattaa olla lantionpohjan lihasten toimintahäiriö tai peräaukon kohottajalihassyndrooman kaltainen kivulias lantionpohjan lihasjännitys (pelvic floor pain, PFPS).

## Hoito valitaan oirekomponenttien perusteella

Yksittäinen lääke tai hoito riittää vain harvoin, eikä parantavaa hoitoa ole kuin bakteeriperäisen etiologian eturauhastulehduksiin. Oireen esiintyessä ensimmäistä kertaa tavoitteena on määrittää taudin tyyppi, ja valita hoito ensisijaisesti sen mukaan.

Kun kyse on kroonisista ja uusiutuvista oireista, paras tulos saavutetaan kohdistamalla hoito pahimpiin oirekomponentteihin niin sanotun fenotyyppimäärittäyksen perusteella (**taulukko 1**). Hoito kannattaa kohdistaa aluksi kahteen tai kolmeen hallitsevaan oirekomponenttiin ja muokata sitä myöhemmin vasteen mukaan.

## Mikrobilääkkeet

Mikrobilääkkeet ovat yleisesti kuuluneet ensilinjan hoitoihin eturauhastulehduksessa kiistanalaisesta näytöstä huolimatta. Kroonisessa bakteerien aiheuttamassa eturauhastulehduksessa 4–8 viikon mikrobilääkehoito on itsestään selvä.

Kuitenkin myös muussa kuin bakteeriperäisessä tulehduksessa yli puolet potilaista hyötyy mikrobilääkekuu-

*Taulukko 1. Hoitomenetelmän valinta hallitsevan oireen (fenotyypin) perusteella. Ensivaiheessa hoito kohdistetaan kahteen tai kolmeen hallitsevaan oirekomponenttiin.*

Hallitseva oire	Suosittelava ensisijainen hoito
Virtsaamisoireet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alfasalpaajat</li> <li>• 5-alfareduktaasin estäjät (jos suurentunut eturauhanen)</li> </ul>
Kipu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tulehduskipulääkkeet</li> <li>• kroonisen kivun lääkkeet (trisykliset masennuslääkkeet)</li> </ul>
Infektio-oireet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mikrobilääkkeet</li> </ul>
Neurologiset ja yleisoireet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• masennuslääkkeet, neuroleptit</li> <li>• stressinhallinta</li> </ul>
Muskuloskeetaaliset oireet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kroonisen kivun lääkkeet (trisykliset masennuslääkkeet)</li> <li>• lihasrelaksantit</li> <li>• fysioterapia</li> <li>• stressinhallinta</li> </ul>
Psykososiaaliset oireet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• psykoterapia</li> <li>• masennuslääkkeet, neuroleptit</li> </ul>

rista avoimen seurantatutkimuksen perusteella. Monilla mikrobilääkkeillä, muun muassa kinoloneilla, on osoitettu esiintyvän sytokiinivälitteistä anti-inflammatorista vaikutusta, joka saattaa selittää niiden oireita lievittävän vaikutuksen.

### Kipulääkkeet ja kipumodulaattorit

Tavanomaiset tulehduskipulääkkeet (NSAID) ovat ensilinjan hoitovaihtoehto. Ne lievittävät tulehdusreaktiota estämällä prostaglandiini- ja syklo-oksigenaasisynteesiä kudoksessa. Niiden käyttö perustuu puhtaasti kokemusperäiseen tietoon.

Amitriptyliini on todettu tehokkaaksi monissa kroonisissa kipuoireyhtymissä. Sen vaikutuksen neurogeeniseen tulehdukseen liittyvissä urologisissa kipuoireissa arvelaan liittyvän Na-kanava- ja histamiini-1-reseptoreiden salpaukseen sekä syöttösoluja stabiloivaan vaikutukseen. Lisäksi sillä on kohtalainen antikolinerginen vaikutus. Kontrolloituja tutkimuksia amitriptyliinin tehosta eturauhastulehduksessa ei ole, mutta sen teho on osoitettu kroonisessa kivussa ja kivuliasta tiheävirtaisuutta potevilla. Amitriptyliinin optimaalinen annos neurogeenisen tulehduksen hoidossa on 50 (–100) mg iltaisin.

Nortriptyliini on usein amitriptyliiniä paremmin siedetty, koska se ei aiheuta väsymystä. Tavoiteannos on 50 mg aamulla tai kahdesti vuorokaudessa. Jos lääkitykseltä toivotaan voimakkaampaa sedatiivista vaikutusta, voidaan vaihtoehtoisesti käyttää doksepiinia 10–25 mg iltaisin.

Kaikkien trisyklisten lääkkeiden käyttö on syytä aloittaa pienellä 10 mg:n vuorokausiannoksella ja suurentaa annosta hitaasti viikoittain 10 mg:n erin tavoiteannokseen. Muutoin hoitomyöntyvyys voi jäädä huonoksi haittavaikutusten takia. Potilaalle on syytä kertoa lääkkeen vaikutusmekanismista, haittavaikutuksista ja siitä, että vaste ilmaantuu yleensä vasta usean viikon säännöllisen käytön jälkeen.

Jostain syystä kroonisen kivun lääkkeitä laajasti käytettävät epilepsialääkkeet (gabapentiini, pregabaliini) tuntuvat tehoavan melko huonosti kroonisen lantion kipuun.

### Eturauhasen liikakasvuun käytettävät lääkkeet

Alfasalpaajien teho eturauhasen liikakasvuun aiheuttamien oireiden hoidossa perustuu niiden kykyyn rentouttaa

sileää lihasta virtsarakon kaulassa ja eturauhasessa, minkä seurauksena virtsaamisen virtausvastus pienenee. Samalla mekanismilla niiden voidaan olettaa lievittävän eturauhastulehduksen oireita, sillä virtausvastuksen pienentyessä vähenee myös virtsan takaisinvirtaus eturauhastiehyisiin. Toinen mahdollinen vaikutusmekanismi voi olla sileän lihaksen rentoutumiseen liittyvä kudospaineen väheneminen, jonka seurauksena kudoksen verenkierto ja happeutuminen saattavat parantua. Alfasalpaajien vaikutuksesta kroonisen eturauhastulehduksen oireisiin on julkaistu useita kontrolloituja tutkimuksia.

Finasteridi ja dutasteridi estävät testosteronin muuttumisen dihydrotestosteroniksi eturauhaskudoksessa, minkä seurauksena eturauhanen pienenee. Eturauhasen koon pienentyminen vähentää virtsaamisen virtausvastusta ja mahdollisesti myös takaisinvirtausta eturauhaseen. Eturauhasta pienentävien lääkkeiden on todettu lievittävän kroonisen eturauhastulehduksen oireita erityisesti, jos eturauhanen on suurentunut. ●

### KIRJALLISUUTTA

- Franco JVA, ym. Interventions for treating chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (Protocol). Cochrane Database of Systematic Reviews 2016; 8. Art. No.: CD012320.
- Leskinen MJ. Eturauhasen kiputilat – miehen krooninen lantiokipu. Duodecim 2011; 127: 607–14.
- Shoskes DA, ym. Phenotypically directed multimodal therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective study using UPOINT. Urology 2010; 75: 1249–53.

