

Der Leserbrief wurde am 13. 11. 2006 bei
Der Urologe
zur Veröffentlichung eingereicht, aber nicht akzeptiert.

Leserbriefe
K.Kirschfeld • Tübingen

Chronische Prostatitis - " Finden wir einen Ausweg aus dem Dilemma? "

Beitrag zum Leitthema von
Der Urologe A (2001) 40: 3-28

Es wird ein neues Therapieverfahren beschrieben, nach dessen Anwendung in einem Fall von chronisch abakterieller Prostatitis jahrelange Symptome abklangen, wobei sich der PSA-Wert nachhaltig verbesserte (Abb.1). Anwendung von Antibiotika und die von Bazoton blieben wirkungslos. Zweimalige Biopsie ergab keinen Hinweis auf Malignität. Das Verfahren ging von folgenden Tatsachen aus:

1. Bei älteren Männern finden sich in der Prostata regelmässig Prostatakörperchen (Corpora amylacea), konzentrisch geschichtete Koazervate aus Eiweiss, Fett und Mukosubstanzen. Durch die Einlagerung von Kalksalzen können sich die Prostatakörperchen in Konkreme umwandeln und als "Ausgussteine" über Erbsengross werden. Die Drüsengänge, in die Prostatakörperchen eingelagert sind, sind oft zystisch ausgeweitet und von atrophischem Epithel ausgekleidet [1].
2. Bei ausgeprägter nodulärer Hyperplasie sieht man oft eingedickte, von Leukozyten durchsetzte Sekretmassen in ausgeweiteten Drüsengängen [1].
3. Mukoproteine bilden einen Bestandteil des Prostatasekrets [2].
4. Der Gewebedruck der Prostata von Patienten mit chronisch abakterieller Prostatitis ist signifikant erhöht im Vergleich zu einer Kontrollgruppe [3].

Es wäre deshalb denkbar, wie immer wieder vermutet, dass erhöhter Gewebedruck ursächlich an der Genese der Schmerzen dieser Erkrankung beteiligt ist. Die Frage war, ob es möglich ist, diesen erhöhten Druck des Gewebes abzusenken. Da Mukoproteine ein Bestandteil des Prostatasekrets sind, könnten Sekretolytika und Mukolytika dies bewirken. Mukoproteine enthalten nämlich Disulfidbindungen, die durch die freie Sulhydrylgruppe z.B. des Mukolytikums Acetylcystein (ACC) gespalten werden können. Im Speichel werden durch die Spaltung der Disulfidbrücken in Glykoproteinen diese depolymerisiert, und so die Viskosität des Sputums herabgesetzt. Sollte es auch in der Prostata gelingen, die Viskosität des Prostatasekrets durch Depolymerisation von bestimmten Komponenten zu reduzieren, so

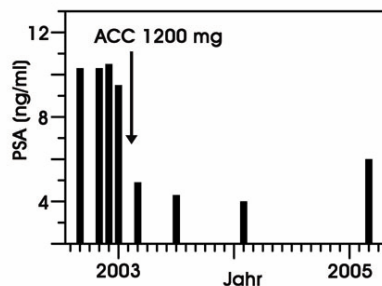
könnte der Abfluss des Sekrets begünstigt, Koazervate und Konkremente womöglich sogar aufgelöst werden.

Im beschriebenen Fall wurden zunächst einmal 2x 600 mg ACC nachts auf nüchternen Magen gegeben. Innerhalb von 2 Stunden entwickelte sich ein Wärmegefühl im Beckenboden, nach 2 Tagen waren die Symptome abgeklungen. Die Therapie wurde bei gleicher Dosierung mit zunehmendem zeitlichen Abstand (zunächst Tage, dann Wochen, dann im Monatsrhythmus) weitergeführt. Weitere Einzelheiten in [4].

319

1. Hedinger C.E. and Dhom G (1991): Pathologie des männlichen Genitale. Hoden, Prostata, Samenblasen. Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo Hongkong Barcelona.
2. Documenta Geigy: Wissenschaftliche Tabellen (1968) 7. Auflage, Ciba-Geigy AG Basel.
3. Mehik A, Hellström P, Lukkarinen O et al. (2000) Prostatic tissue pressure measurement as a possible diagnostic procedure in patients with chronic nonbacterial prostatitis / chronic pelvic pain syndrome. Urol. Res. 28: 316-318
4. Kirschfeld K, (2005) Successful treatment of prostatitis syndrome with a mucolyticum. Kirschfeld K, (2006) Behandlung bei chronisch abakterieller Prostatitis mit einem Mukolytikum. In: www.kyb.mpg.de/publication.html?user=kirschfe&select_year=all

Prof. Dr. K. Kirschfeld
Eduard-Sprangerstr. 57/9, 72076 Tübingen



Kirschfeld, Abb. 1

