Acute bacteriële prostatitis

Haio: HEYVAERT Suzanne , U.A.
Promotor: COENEN Samuel , U.A.
Praktijkopleider: VAN ERKEL Maureen

Context: Het aanpassen van de Ebpracticenet Duodecim richtlijn over acute bacteriële prostatitis, en nagaan of de aangepaste richtlijn geïmplementeerd kan worden in de Belgische huisartsenpraktijk.

Onderzoeksvraag: 1. Kan de huisarts diagnostisch differentiëren tussen acute bacteriële prostatitis en pyelonefritis o.b.v. anamnestische en klinische tekens? 2. Welk aanvullend onderzoek bij een man met vermoeden van acute prostatitis is noodzakelijk ter bevestiging van de diagnose? 3. Welk antibioticum is eerste keuze bij een man met acute bacteriële prostatitis? 4. Wat is de behandelduur van antibiotica bij een man met acute bacteriële prostatitis, ter preventie van complicaties?

Methode: Eerst werd de ADAPTE-methode gevolgd om de richtlijn aan te passen. In de screeningsfase werd de reeds bestaande richtlijn door middel van een literatuurstudie getoetst aan de huidige nationale en internationale richtlijnen. De gevonden richtlijnen werden volgens het AGREE II instrument beoordeeld op basis van methodologische kwaliteitscriteria. Hieruit werden bruikbare aanbevelingen gehaald, welke beoordeeld werden op samenhang met de onderliggende evidentie, courantheid en toepasbaarheid in de Belgische zorgcontext. Waar nodig werden de aanbevelingen aangepast en werd er, aan de hand van de kwaliteit van het onderliggende bewijs, een GRADE (graad van evidentie en aanbeveling) toegekend. Vervolgens werden de nieuwe aanbevelingen getoetst aan een panel van huisartsen, met name twee verschillende LOK-groepen en de eigen seminariegroep van huisartsen in opleiding en groepspraktijk. Deze peer-review gebeurde door middel van een enquête die peilde naar het huidige handelen, een presentatie over de nieuwe aanbevelingen, en een discussie over eventuele barrières die de deelnemers zouden ondervinden bij het toepassen van deze aanbevelingen in hun praktijk. Op basis hiervan konden de aanbevelingen nog aangepast worden, zodat ze beter bruikbaar werden in de Belgische zorgcontext.

Resultaten: Er dient geen onderscheid meer gemaakt te worden tussen prostatitis en andere entiteiten van urineweginfecties met weefselinvasie bij de man. Één klinische diagnose 'gecompliceerde urineweginfectie' volstaat op basis van de symptomen dysurie met koorts bij de man. Bij twijfel over koorts kan een bepaling van het C-reactief proteïne (CRP) in een bloedstaal de weefselinvasie en de ernst van de infectie objectiveren. Als aanvullend onderzoek dient wel steeds een 'midstream' urinestaal genomen te worden, waarop men een 'dipstick' onderzoek doet om tijdens het consult de aanwezigheid van een urineweginfectie aan te tonen, en een cultuur laat doen om het antibiogram te bepalen. Men start empirisch met twee weken ciprofloxacine 500mg tweemaal daags, en kan nadien het antibioticum nog aanpassen op geleide van het antibiogram. Op dag 14 wordt geherevalueerd of de patiënt nog klachten heeft, en bij blijvende klachten wordt dan de antibioticumbehandeling verlengd tot 28 dagen. Indien de patiënt op dag 28 nog steeds klachten heeft, wordt hij doorverwezen naar de uroloog. Redenen om een patiënt vroeger te verwijzen zijn tekenen van urosepsis, urineretentie, koorts die niet betert na 48 uur antibioticatherapie, en een urineweginfectie met koorts bij nierstenen. Bij risico op seksueel overdraagbare aandoeningen wordt ook een eerste straal urinestaal genomen, voor een PCR-onderzoek naar C. trachomatis en N. gonorrhoeae. Barrières om deze nieuwe richtlijn in de praktijk te implementeren, betreffen vooral de CRP-meting en de antibioticaduur. Er is geen consensus over de waarde van CRP bij

gecompliceerde urineweginfecties, en de meeste huisartsenpraktijken hebben nog geen CRP-sneltest ter beschikking. Wat betreft antibiotica zijn oudere artsen meer geneigd om te vertrouwen op hun klinische ervaring en bij drie weken antibioticaduur te blijven. Een praktische barrière hiervoor is dat de doosjes ciprofloxacine nog niet zijn aangepast aan een 14-daagse therapieduur.

Conclusie: De nieuwe richtlijn vereenvoudigt de diagnostiek en het beleid bij mannen met dysurie en koorts. Een prostatitis hoeft niet meer onderscheiden te worden, maar valt ook onder de diagnose 'gecompliceerde urineweginfectie' en wordt empirisch behandeld met 14 dagen ciprofloxacine, na het nemen van een urinecultuur.