Adaptatie Duodecim richtlijn:
Diagnostiek van chronische prostatitis

Dr. Maarten Horckmans, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. F. Van der Aa, Katholieke Universiteit Leuven, Universitair Ziekenhuis Leuven

Co-promotor: Dr. Nicolas Delvaux, Katholieke Universiteit Leuven

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2021 – 2022]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Indeling

Abstract 4

Inleiding 5

Begrippen en definities 6

Methodologie 7

Fase 1 screeningsfase 7

Definiëren van de scope van klinische vragen 7

Zoeken naar relevante richtlijnen 10

Screenen gevonden richtlijnen 10

Beoordelen van geselecteerde richtlijnen 11

Selectie van de Duodecim aanbevelingen 11

Fase 2: Adaptatie 11

Fase 3: Implementatie 13

Resultaten en aanbevelingen 14

Literatuurstudie 14

Aanbevelingen Diagnostiek 18

Wat zijn Klinische en anamnestische tekens van chronische prostatitis? 18

Welke alarmsignalen zijn er bij chronische prostaatklachten? 22

Welke technische onderzoeken zijn nodig voor de diagnose en differentiatie van chronische prostatitis? 24

Discussie 27

Besluit 28

Conflicts of interest 28

Dankwoord 28

Bronnen 29

Bijlage 1: NIH-CPSI vragenlijst 33

Bijlage 2: IPPS 34

Bijlage 3: Matrix adaptatie proces 35

Bijlage 4 en 5: eerste en 2e delphi panel vragenlijsten 55

Abstract

Titel: Adaptatie Duodecim richtlijn: Diagnostiek van chronische prostatitis.
Auteur: M. Horckmans.
Promotor: Prof. Dr. F. Van der Aa
Co-promotor: Dr. Nicolas Delvaux
Achtergrond: Chronische prostatitis is een frequent voorkomende aandoening onder de mannelijke populatie. Deze aandoening is makkelijk te diagnosticeren en behandelen door eerstelijns artsen. Ondanks de frequentie en de behandelbaarheid in eerste lijn is er geen goede richtlijn die diagnostiek en behandeling van chronische prostatitis vanuit een eerstelijns perspectief in België bespreekt. De enige richtlijn die bestaat in België is deze van Duodecim. Dit is echter een Zweedse richtlijn overgenomen in 2012, vertaald naar het Nederlands en is dus niet toepasbaar op de Belgische zorgcontext anno 2022. Dit zorgt ervoor dat eerstelijns artsen vaak de diagnose en behandeling van chronische prostatitis overlaten aan de tweede lijn. Om deze redenen adapteren wij de Duodecim richtlijn zodat deze wel toepasbaar is op de Belgische zorgcontext. Deze thesis is één deel van een tweedelig project. Het tweede deel bespreekt de behandeling van chronische prostatitis.
Onderzoeksvraag:
Deze thesis omvat twee klinische vragen:
Klinische vraag 1: *Wat zijn klinische tekens voor de diagnose van chronische prostatitis?*
Klinische vraag 2: Welke *technische onderzoeken zijn nodig voor de diagnose en differentiatie van chronische prostatitis?*
Methode: Op basis van een zoektocht op *G-I-N, Guideline.gov, Evidence.NHS, trip Database, KCE, Minerva, Farmaka, Riziv, BCFI, FOD-volksgezondheid, artsennet, Guidelinecentral, CEBAM, Uroweb, NIH, NHG, Pubmed en NVU* tussen 25/02/2020 en 06/04/2020 werden 5 relevante richtlijnen gevonden. Deze 5 richtlijnen werden door 2 onafhankelijke censoren beoordeeld door middel van de AGREE II tool. Uit die 5 richtlijnen werden 2 richtlijnen van EAU geselecteerd voor verdere adaptatie. De aanbevelingen uit deze 2 richtlijnen en uit de originele Duodecim richtlijn werden gestaafd aan de huidige literatuur. Voor aanbevelingen waar geen literatuur voor bestaat, werden er twee Delphi panels gehouden door middel van enquêtes om consensus te bereiken. Het eerste Delphi panel bestond uit 16 artsen (5 huisartsen en 11 urologen) en 5 patiënten. Het tweede bestond uit 4 huisartsen en 4 urologen. Op basis van de oorspronkelijke aanbevelingen, de literatuurstudie en de uitkomsten van het Delphi panels werd een nieuwe richtlijn voor eerste lijn in België gevormd.
Resultaten en conclusie: Diagnostiek van chronische prostatitis is eenvoudig te doen in de eerste lijn. Bij mannen met langdurige klachten van pelviene, perineale of anale pijn (>3maanden), al dan niet gecombineerd met urologische of seksuele klachten kan een vermoeden gesteld worden van chronische prostatitis. Het Delphi panel concludeert de volgende alarmsignalen*: hematurie, koorts, mictalgie, hematospermie, abdominale pijn, pijn of zwelling bij PPA en abdominale afwijkingen bij klinisch onderzoek.* Zolang deze alarmsignalen afwezig zijn kan de diagnostiek verder conservatief verlopen en zich beperken tot een midstream urine cultuur of een Meares-Stamey 2 glass test. Verder onderzoek wordt dan afgeraden.

Inleiding

Er kan gesproken worden van chronische prostatitis bij aanhoudende klachten zijn van perineale, pelvische, genitale of anale pijn al dan niet met urologische of seksuele klachten gedurende minstens 3 maanden. Het is een frequente aandoening die naar schatting tussen 8.5% en 25%. (1,2,3,4) van de mannelijke populatie in hun leven treft.

De NIH publiceerde in 1999 een consensus artikel waarin prostatitis wordt onderverdeeld in verschillende categorieën. (5) Deze indeling wordt tot op het heden nog gebruikt. Acute prostatitis (Categorie I) bevat een groep van prostaatpijn en koorts gebonden klachten die acuut optreden. Categorie II omvat chronische bacteriële prostatitis (CBP). In dit geval zijn er recurrente of langdurige klachten van prostatitis op basis van een bewezen bacteriële infectie. Chronische prostatitis/chronisch pelvisch pijnsyndroom wordt omschreven als Categorie III. Dit omvat chronische langdurige pijnklachten zonder bewezen bacteriële infectie met (IIIa) of zonder (IIIb) inflammatoire cellen in de urine. Categorie IV betreft asymptomatische inflammatoire prostatitis waarbij er in de urine wel inflammatoire cellen gevonden worden maar er geen klachten zijn.

Categorie I	Acute Prostatitis
Categorie II	Chronische Bacteriële Prostatitis (CBP)
Categorie III IIIa IIIb	Chronische Prostatitis/Chronisch Pelvisch Pijnsyndroom (CP/CPPS) Inflammatoire CP/CPPS Niet inflammatoire CP/CPPS
Categorie IV	Asymptomatische inflammatoire prostatitis

Tabel 1: Classificering van prostatitis volgens de NIH-consensus

Chronische prostatitis is een combinatie van NIH-categorie II: Chronische Bacteriële prostatitis (CBP) en categorie III: ‘Chronische Prostatitis/Chronisch Pelvisch Pijnsyndroom (CP/CPPS)’. In tegenstelling tot wat de naam doet vermoeden is chronische prostatitis zelden een inflammatoire aandoening. In de helft van de gevallen worden geen inflammatoire cellen gevonden in urine of prostaat secreties. (6) In tegenstelling tot acute prostatitis zien we bij chronische prostatitis zelden bacteriële oorzaken, bij minder dan 10% wordt namelijk een pathogene bacteriële oorzaak gevonden. (6) De etiologie van chronische prostatitis is voorlopig nog onbekend. Hoewel er meerdere theorieën hieromtrent. De European Association Of Urology (EAU) stelt het vermoeden dat chronische prostatitis tot uiting komt bij mannen met verschillende onderliggende factoren, zoals auto-immune aandoeningen, acute infectie, anatomische varianten, psychologische factoren, genetische aanleg. Deze factoren leiden bij een acuut probleem tot een blijvende zelf bevorderende status van inflammatie, neuropathische pijn en centrale of perifere sensitisatie. (7)

Ten opzichte van het goed gekende acute prostatitis, is chronische prostatitis een moeilijkere klinische entiteit voor de eerstelijnszorg. Het is een aandoening die ondanks de hoge prevalentiecijfers zelden correct gediagnosticeerd en behandeld wordt. Dit wordt mede veroorzaakt door de afwezigheid van een Belgische richtlijn voor de eerste lijn. De enige beschikbare richtlijn is deze van Duodecim die op EBPracticenet gevonden kan worden. (8) Deze richtlijn dateert van 2017 en is niet toegepast op de Belgische zorgcontext. Daarom stellen we in deze thesis geadapteerde aanbevelingen voor die getoetst zijn aan huidige evidentie en ook rekening houden met de Belgische zorgcontext.

Een belangrijk bemerking is dat ‘chronic pelvic pain’ in de literatuur wordt gebruikt als overkoepelende term voor een groep van verschillende fenotypes (vb: blaaspijn syndroom, scrotale

pijn, vulvaire pijn) waartoe ook chronische prostatitis behoort. Chronic pelvic pain wordt in de literatuur ook gebruikt als een specifieke aandoening bij vrouwen. Om verwarring met Chronic pelvic pain bij vrouwen te voorkomen, gebruiken wij in deze thesis de term chronische prostatitis/chronisch pelvisch pijnsyndroom (CP/CPPS) om specifiek Chronische prostatitis bij mannen te bespreken. ‘Acute prostatitis’, ‘Asymptomatische inflammatoire prostatitis’, ‘blaaspijnsyndroom’ en ‘chronische bekkenbodempijn’ vallen buiten de scope van deze thesis.

Begrippen en definities

Delphi panel
Een Delphi panel is een samenkomst van een groep experten met als doel onafhankelijk van elkaar tot een medische consensus te komen. Deze techniek wordt voornamelijk gebruikt indien een aanbeveling te weinig bewijskracht heeft.

Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation Instrument (AGREE II)
AGREE is een tool voor het beoordelen van richtlijnen. Minimum twee onderzoekers vullen AGREE onafhankelijk van elkaar in. De resultaten worden daarna gezamenlijk besproken en men maakt dan een eindbeoordeling over de kwaliteit van de onderzochte richtlijn.

National Institutes of Health-Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI)
NIH-CPSI is een vragenlijst voor patiënten met klachten van chronische prostatitis. De klachten worden gescoord in mate van ernst. De vragenlijst omvat 3 domeinen: pijn of discomfort, urinaire klachten en kwaliteit van leven. Deze tool wordt vaak gebruikt in klinische studies om het effect van behandelingen te meten. In bijlage 1 wordt een Nederlands voorbeeld van deze vragenlijst opgenomen.

International Prostate Symptom Score (IPSS)
IPSS is een vragenlijst die in sommige studies wordt gebruikt om de ernst van mictieklachten te meten en het effect van behandeling na te gaan. De vragenlijst beperkt zich tot mictieklachten. Deze vragenlijst wordt voornamelijk gebruikt bij patiënten met benigne prostaathypertrofie maar kan ook gebruikt worden voor andere aandoeningen waar mictieklachten op de voorgrond staan. In bijlage 2 omvat een voorbeeld van de vragenlijst.

UPOINTS
UPOINTS (9) is een manier om CP/CPPS te classificeren in klinische fenotypes. UPOINTS is een afkorting voor: U: urinaire klachten, P: psychosociale klachten, O: orgaan-gerelateerde klachten, I: infectie, N: neurologische klachten, T: gevoeligheid (tenderness) en S: Seksuele klachten. Patiënten kunnen meerdere fenotypes tegelijk hebben.

Methodologie

Deze richtlijn baseert zich op de originele Duodecim richtlijn (8). Om aanbevelingen van deze richtlijn te adapteren gebruiken we de toolbox die verkregen werd van EBPracticenet. Er werd ons ook een gestandaardiseerde Excel matrix meegegeven waarin alle fases van dit adaptieprocess werden genoteerd. Deze matrix kan u in bijlage 3 in zijn geheel raadplegen.
Het adaptatieproces verloopt in drie fases: de screeningsfase, de adaptatiefase en de implementatiefase.

Fase 1 screeningsfase

In de eerste fase delen we de richtlijn op in duidelijk afgebakende klinische vragen en gaan we via een systematische zoekstrategie op zoek naar relevante richtlijnen.

Deze fase doorloopt 5 stadia.

1) Het definiëren van de klinische vragen op basis van PIPOH-elementen (zie verder)
2) Een systematische literatuurstudie naar relevante nationale en internationale richtlijnen
3) Screenen van de gevonden richtlijnen
4) Beoordelen van de gescreende richtlijnen,
5) Beslissen of de aanbevelingen uit de originele Duodecim richtlijn dienen te worden gewijzigd.

Definiëren van de scope van klinische vragen

We delen de Duodecim richtlijn op in klinische vragen om een gerichtere zoekstrategie uit te voeren. Bij het opstellen van de klinische vragen hebben we ons voornamelijk gebaseerd op de meest relevante 'need-to-know' informatie die een eerstelijnsarts voorhanden moet hebben om klinische beslissingen te kunnen maken. We maakten hierbij gebruik van PIPOH-elementen om zo de scope te definiëren. PIPOH staat voor:

• P: patient population/ disease characteristics
• I: intervention(s) of interest
• P: professionals targeted by the guideline
• O: outcomes and endpoints to be taken into consideration
• H: healthcare setting and context

Initieel kwamen we uit op onderstaande klinische vragen:

Klinische vraag 1: Wat zijn de risicofactoren voor het ontstaan van chronische prostatitis?

Patient	Mannen zonder chronische prostatitis
Interventions	leeftijd, mentale status,...,
Professionals	Huisarts
Outcomes	Mannen met chronische prostatitis
Healthcare Setting	1ste lijnszorg

Klinische vraag 2: Hoe diagnosticeert men chronische prostatitis?

Patient	Mannen met prostaatklachten (pijnlijke ejaculatie, dysurie, suprapubische pijn,...)
Interventions	Anamnese, klinisch onderzoek, technisch onderzoek
Professionals	Huisarts, uroloog
Outcomes	Diagnose van chronische prostatitis
Healthcare Setting	1ste lijnszorg, 2de lijnszorg

Klinische vraag 3: Wat is de differentiaaldiagnose van chronische prostatitis?

Patient	Mannen met chronische prostatitis
Interventions	Anamnese, klinisch onderzoek, technische onderzoeken
Professionals	Huisarts, uroloog
Outcomes	Andere diagnose dan chronische prostatitis (BPH,...)
Healthcare Setting	1ste lijnszorg, 2de lijnszorg

Klinische vraag 4: Welke patiënten met chronische prostatitis hebben baat bij antibiotica?

Patient	Mannen met chronische prostatitis
Interventions	Urinestaal, symptomatologie
Professionals	Huisarts, uroloog
Outcomes	Behandeling met antibiotica, reductie van complicaties of symptomen
Healthcare Setting	1ste lijnszorg, 2de lijnszorg

Klinische vraag 5: Indien antibiotica niet is aangewezen, welke behandelingen kan men gebruiken voor chronische prostatitis?

Patient	Mannen met chronische prostatitis die geen antibiotica krijgen
Interventions	Een behandeling voor chronische prostatitis
Professionals	Huisarts, uroloog, fysiotherapeut, psycholoog
Outcomes	Verbetering van klachten
Healthcare Setting	1ste lijnszorg, 2de lijnszorg

Klinische vraag 6: Wanneer verwijst men een patiënt door naar een uroloog?

Patient	Mannen met prostaatklachten (pijnlijke ejaculatie, dysurie, Suprapubische pijn,...)
Interventions	Bepaalde klachten, refractaire symptomen, klinische tekenen, Labowaarden
Professionals	Huisarts, uroloog
Outcomes	Gecompliceerd verloop, andere diagnose
Healthcare Setting	2de lijnszorg

Wanneer we onze zoekstrategie aanvingen, merkten we al snel dat onze gekozen klinische vragen op limitaties botsten.
Ten eerste viel op dat er in de literatuur veel verschillende termen worden gebruikt om chronische prostatitis te beschrijven. Hierdoor kan verwarring ontstaan over de gebruikte terminologie bij het uitwerken van klinische vragen. Daarom besloten we, onder advies van onze promotor Prof. Dr. Van Der Aa, om gebruik te maken van de NIH-classificatie chronische prostatitis. (2) De klinische vragen werden aangepast om binnen deze nieuwe begrippen context te passen. Gezien de behandeling anders

was afhankelijk van de NIH-classificatie werden de klinische vragen hieraan aangepast. Zo werd de klinische vraag: “Welke patiënten met chronische prostatitis hebben baat bij antibiotica?” veranderd naar “Wat is de behandeling van chronische bacteriële prostatitis?” en werd “Als antibiotica niet is aangewezen, welke behandelingen kan men gebruiken voor chronische prostatitis?” veranderd naar “Wat is de behandeling van chronische prostatitis/chronisch pelvisch pijnsyndroom?”.

Verder bleek ook dat er hedendaags niet voldoende conclusieve evidentie is om te antwoorden op de eerste klinische vraag: Wat zijn de risicofactoren voor het ontstaan van chronische prostatitis? Die vraag werd daarom ook geschrapt.

De algemene vraag over diagnose van chronische prostatitis bleek niet specifiek genoeg. We splitste daarom de vraag in specifiekere, gerichtere vragen. De originele vraag: “Hoe diagnosticeert men chronische prostatitis?” Veranderde wij door de twee klinische vragen: “Wat zijn anamnestische en klinische elementen bij het stellen van de diagnose chronische prostatitis?” en “Welke technische onderzoeken zijn nodig voor differentiatie van chronische bacteriële prostatitis en chronische prostaatpijn?”.

De vragen: “Wanneer verwijst men een patiënt door naar een uroloog?” En “Wat is de differentiaaldiagnose van chronische prostatitis?” voegden we samen tot één algemenere klinische vraag: “Welke alarmsignalen zijn er bij chronische prostaatklachten?”. Dit leek ons voordeliger omdat uit initiële literatuurstudie bleek dat er bij chronische prostatitis zonder alarmsignalen binnen eerstelijn behandeld kan worden. (2)

De **definitieve klinische vragen** zijn als volgt:

Klinische vraag 1: wat zijn anamnestische en klinische elementen bij het stellen van de diagnose chronische prostatitis?

Patiënt	Mannen met prostaatklachten (pijnlijke ejaculatie, dysurie, suprapubische pijn)
Interventions	Anamnestische tekens, klinisch onderzoek,
Professionals	Huisarts, uroloog
Outcomes	Diagnose van chronische prostatitis
Healthcare Setting	1ste lijn ambulante zorg, 2de lijn ambulante zorg

Klinische vraag 2: Welke technische onderzoeken zijn nodig voor differentiatie van chronische bacteriële prostatitis en chronische prostaatpijn?

Patient	Mannen met prostaatklachten (pijnlijke ejaculatie, dysurie, suprapubische pijn)
Interventions	Urinestaal, labo waarden, radiologisch onderzoek
Professionals	Huisarts, uroloog
Outcomes	Diagnose van chronische prostatitis
Healthcare Setting	1ste lijn ambulante zorg, 2de lijn ambulante zorg

Klinische vraag 3: welke alarmsignalen zijn er bij chronische prostaatklachten?

Patient	Mannen met prostaatklachten (pijnlijke ejaculatie,
dysurie,	suprapubische pijn)
Interventions	Anamnese, symptomen, urinestaal, labwaarden
Professionals	Huisarts
Outcomes	Doorverwijzing naar 2elijn, prostaatkanker, andere
dringende	aandoeningen
Healthcare Setting	1ste lijn ambulante zorg,

Klinische vraag 4: Wat is de behandeling van chronische bacteriële prostatitis?

Patient	Mannen met CBP
Interventions	Specifieke behandeling Voor CBP
Professionals	Huisarts, uroloog
Outcomes	Verbetering van klachten (microbiologische eradicatie, afname plasklachten, afname pijnklachten)
Healthcare Setting	1ste lijn ambulante zorg, 2de lijn ambulante zorg

Klinische vraag 5 Wat is de behandeling van chronische prostatitis/chronisch pelvisch pijnsyndroom?

Patient	Mannen met CP/CPPS
Interventions	Specifieke behandeling voor CP/CPPS
Professionals	Huisarts, uroloog, fysiotherapeut
Outcomes	Verbetering van klachten (afname NIH-CPSI score, afname plasklachten, afname pijnklachten,...)
Healthcare Setting	1ste lijn ambulante zorg, 2de lijn ambulante zorg

Zoeken naar relevante richtlijnen

Na de definitieve aanpassing van de klinische vragen gingen we op zoek naar relevante richtlijnen die een antwoord konden bieden. Hiervoor hebben we gezocht op verschillende databases van zowel nationale als internationale richtlijnen: Guidelines International Network (GIN), National Guideline Clearinghouse (NGC),National institute for Health and Care excellence (NICE), Trip Database, Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE), MINERVA, Farmaka, Riziv, BCFI, FOD Volksgezondheid, Artsennet, Guideline central, Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine (CEBAM), European Association of Urology (EAU),National Institutes of Health (NIH), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG),Medline (PUBMED) en Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU). Deze zoektocht werd onafhankelijk per onderzoeker verricht, tussen 25/02/2020 en 06/04/2020. We gebruikten zoekterm “chronische prostatitis of chronic prostatitis”, als dit geen resultaten opleverde werd de zoekterm ‘Prostatitis’ gebruikt. Dit zorgde voor een overwicht aan literatuur over acute prostatitis. Alle artikels die geen richtlijnen waren of zich beperkten tot acute prostatitis hebben we geëxcludeerd.

Screenen gevonden richtlijnen

Na een ruwe selectie de werden gekozen richtlijnen gescreend door het lezen van de volledige richtlijn. Op basis van de klinische vragen, publicatiejaar, en kwaliteit werden de richtlijnen beoordeeld. Items 7, 9 en 23 van AGREE II werden gebruikt voor een snelle inschatting van de kwaliteit (10). Richtlijnen ouder dan 10 jaar werden ook geëxcludeerd. Ook deze screening gebeurde onafhankelijk door twee onderzoekers. de bevindingen werden genoteerd in de matrix en daarna samen besproken.

Beoordelen van geselecteerde richtlijnen

De overgebleven richtlijnen werden daarna volledig beoordeeld via de AGREE II tool (10). Deze tool is een hulpmiddel om de methodologie en transparantie van de richtlijnontwikkeling te beoordelen. Ze bevraagt 23 items over 6 Domeinen: *"Onderwerp en doel", "Betrokkenheid van belanghebbende", "Methodologie", "Helderheid en presentatie", "toepassing" en "onafhankelijkheid van de opsteller".* Nadat de onderzoekers de richtlijnen onafhankelijk beoordeelden, werden hun resultaten samen besproken.

De aanbevelingen werden geïnventariseerd en de onderliggende evidentie werd nagekeken en beoordeeld. Er werd ook gezocht naar nieuwe evidentie omtrent de aanbevelingen. Dit gebeurde op basis van een PICO (patient-intervention-comparison-outcome). Er werd gezocht op Medline naar relevante artikels.

Wanneer er geen aanbevelingen te vinden waren in de richtlijnen over bepaalde klinische vragen, werd een nieuwe systematische zoekstrategie gestart waarbij ook een PICO werd opgesteld en op Medline werd gezocht naar evidentie over deze aanbeveling. Deze bevindingen werden genoteerd in de Matrix.

Selectie van de Duodecim aanbevelingen

Hierna vergeleken we de originele Duodecim aanbevelingen met de aanbevelingen van de geselecteerde richtlijnen. We besloten welke aanbevelingen onveranderd konden blijven en welke aanbevelingen geadapteerd moesten worden. Er werd bijgehouden welke evidentie noodzakelijk was voor de beslissing van adaptatie in de Belgische zorgcontext.

Fase 2: Adaptatie

De Duodecim richtlijnen worden aangepast zoals beschreven op EBpracticenet. Voor het graderen van de aanbevelingen maken we gebruik van GRADE (11,12). Dit is een manier om de sterkte van de evidentie en de sterkte van de aanbevelingen aan te duiden. Hierbij wordt rekening gehouden met de algemene kwaliteit van studies, de grootte van het effect, de nauwkeurigheid van de resultaten, kosten/baten, de prijs en de voorkeur van de patiënt.

	Voordelen vs. Nadelen en risico's	**Methodologische kwaliteit van de studies**	**Implicaties**

1A	**Sterke aanbeveling Hoog niveau van bewijskracht**	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's	RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigend bewijs van observationele studies	Sterke aanbeveling, kan toegepast worden bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden
1B	**Sterke aanbeveling Matig niveau van bewijskracht**		RCT's met beperkingen of sterk bewijs vanuit observationele studies	
1C	**Sterke aanbeveling Laag of zeer laag niveau van bewijskracht**		Observationele studies of casestudies	Sterke aanbeveling, maar dit kan veranderen als er nieuwer bewijs beschikbaar komt
2A	**Zwakke aanbeveling Hoog niveau van bewijskracht**	Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's	RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigend bewijs van observationele studies	Zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen afhankelijk van omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden

2B	**Zwakke aanbeveling Matig niveau van bewijskracht**		RCT's met beperkingen of sterk bewijs van observationele studies	
2C	**Zwakke aanbeveling Laag of zeer laag niveau van bewijskracht**	Onzekerheid over voor- of nadelen – evenwicht tussen beide is mogelijk	Observationele studies of casestudies	Erg zwakke aanbeveling, alternatieven kunnen evengoed te verantwoorden zijn

Tabel 2: GRADE aanbevelingen zoals aanbevolen in de toolbox EBpracticenet (13)

Sommige aanbevelingen kregen ook een 'Good Practice Point' (GPP). Dit zijn aanbevelingen zonder onderliggende evidentie waar op basis van consensus een aanbeveling over werd gemaakt.

Fase 3: Implementatie

Alle aangepaste aanbevelingen werden aangeboden aan het Delphi panel. Dit panel vormt een expert opinion over de aanbevelingen waar geen of weinig evidentie over bestaat. Het Delphi panel bestond uit een combinatie van huisartsen en urologen.

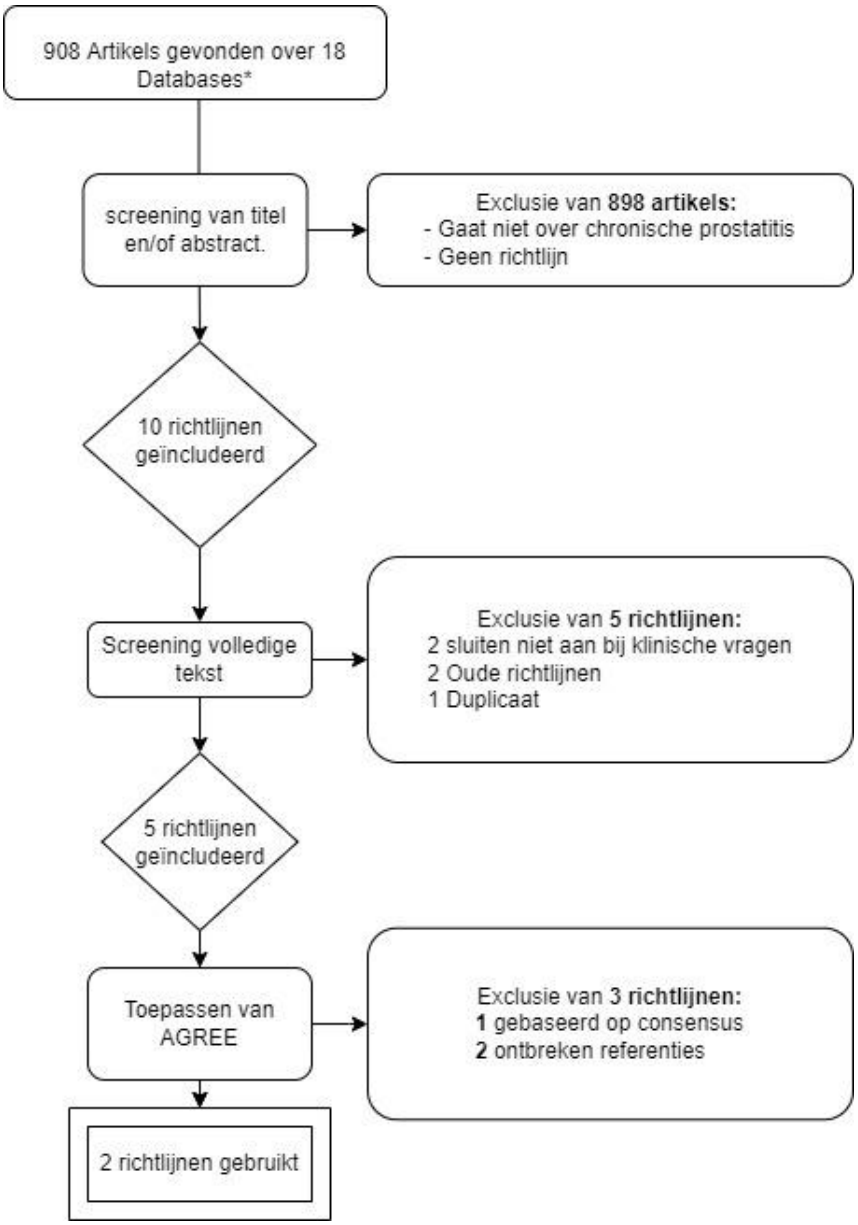
Er werden 2 enquêtes doorgestuurd via Google Forms. De eerste enquête was vooral van toepassing op het huidig klinisch handelen van de artsen. Artsen kregen bepaalde statements te lezen over diagnose en behandeling en moesten een schaal van 1 tot 5 invullen hoe geneigd zij waren om een bepaalde handeling te stellen. Op de eerste enquête kwam er een respons van 11 urologen en 5 huisartsen. Een tweede enquête werden de aangepaste aanbevelingen getoetst met de participanten. Artsen kregen de keuze in te vullen: eens, oneens of geen mening. Op de tweede enquête was er een response van 4 huisartsen en 4 urologen. Beide enquêtes zijn toegevoegd in respectievelijk appendix 4 en 5.

Verder werden ook 5 patiënten geïncludeerd om de beleving van patiënten mee te nemen in de vorming van richtlijnen. Deze patiënten waren in behandeling in UZ Leuven onder leiding van onze promotor Prof. Dr. Van Der Aa. Ze kregen een aangepaste enquête over hun ervaring met bepaalde onderzoeken en behandelingen. Ze konden aangeven welke behandelingen ze al hadden gehad en hoe tevreden (score 1 tot 5) ze waren geweest over deze behandeling.

Resultaten en aanbevelingen

Deze resultaten zijn een combinatie van gebruik van gegradeerde richtlijnen en een Delphi panel.

Literatuurstudie



Afbeelding 1: flow schema van zoekstrategie
*Databases: Guidelines International Network (GIN), National Guideline Clearinghouse (NGC),National institute for Health and Care excellence (NICE), Trip Database,Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE), MINERVA, Farmaka, Riziv, BCFI, FOD Volksgezondheid, Artsennet, Guideline central, Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine (CEBAM), European Association of Urology (EAU),National Institutes of Health (NIH), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG),Medline (PUBMED) en Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU

Tijdens onze literatuurstudie werden onze klinische vragen aangepast (zie methodologie).

Klinische vraag 1	**Wat zijn Klinische tekens voor de diagnose van chronische prostatitis?**
Klinische vraag 2	**Welke technische onderzoeken zijn nodig voor de diagnose en differentiatie van chronische prostatitis?**
Klinische vraag 3	**Welke alarmsignalen zijn er bij chronische prostaatklachten?**
Klinische vraag 4	**Wat is de behandeling van chronische bacteriële prostatitis?**
Klinische vraag 5	**Wat is de behandeling voor Chronische prostatitis/Chronisch pelvisch pijnsyndroom?**

Tabel 3: definitieve klinische vragen

Omdat de onderzoeken onafhankelijk een zoekstrategie starten, hebben we niet altijd bij dezelfde zoekmachine dezelfde zoektermen gebruikt. Waar één van ons “chronische prostatitis” gebruikte, heeft de andere soms de zoekterm “prostatitis” gebruikt met een verschil in hits als gevolg. We beschrijven de resultaten van aantal hits in tabel 4.

Database	**V**	**M**
G-I-N	1	0
Guideline.gov	1	0
Evidence.nhs	64	64
Trip Database	508	498
KCE	8	3
FOD/Hoge gezondheidsraad	82	33
Minerva	0	0
Farmaka	4	4
Riziv	1	0
BCFI	11	11
Artsennet	27	0
Guidelinecentral	4	3
CEBAM	83	48

Uroweb	3	1
NIH	18	12
NHG	5	5
Pubmed	6	6
NVU	0	n.v.t..
Totaal	908	712

Tabel 4: aantal gevonden artikels afhankelijk van de onderzoeker

Er werden een totaal van 908 artikels gevonden. Deze werden gescreend op titel en indien deze relevant leek, ook op abstract. We kwamen uit op 10 richtlijnen (waarvan 1 duplicaat) relevant voor chronische prostatitis (zie tabel 5). We excludeerden 1 duplicaat, 2 richtlijnen die niet aansluiten met de klinische vragen, 2 richtlijnen op basis van publicatiejaar.

Titel	**Organisatie**	**Publicatie**	**Geselecteerd door**	**Reden van exclusie**
Diagnosis and treatment of chronic bacterial prostatitis and chronic prostatitis/ chronic pelvic pain syndrome: a consensus guideline	Prostate cancer UK	2014 review 2017	V/M	Geïncludeerd
Prostatitis	Department of Urology, Kingston	2011	V/M	Belangrijk ‘conflict of interest’ en oud t.o.v. andere richtlijnen
Guidelines on Chronic Pelvic Pain	European Association of Urology	2015	V/M	Geïncludeerd
Guidelines on Urological Infections	European Association of Urology	2015	V/M	Geïncludeerd
Chronic Bacterial Prostatitis	Dynamed	Niet geweten	V/M	Geïncludeerd
Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome	Dynamed	Niet geweten	V/M	Geïncludeerd

NIDDK-sponsored chronic prostatitis collaborative research network (CPCRN) 5-year data and treatment guidelines for bacterial prostatitis.	NIDDK	2004	V	Oude richtlijn, gesponsorde richtlijn
NHG-Standaard Urineweginfecties	Nhg	2013	M	Gaat niet over chronische prostatitis
NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen	Nhg	2013	M	Gaat niet over prostatitis

Tabel 5: gescreende richtlijnen

De 5 overgebleven richtlijnen werden gescreend door de volledige AGREE II tool te passen. In tabel 5 beschrijven we de punten van de 7 categorieën met onze eindscore en beslissing tot in- of exclusie. Uiteindelijk werden de richtlijnen *Guidelines on Chronic Pelvic Pain* en *Guidelines on Urological Infections*, beiden gecreëerd door de EAU geselecteerd voor verdere adaptatie. (7;14) Voor meer informatie en opmerkingen zie bijlage 3.

	Diagnosis and treatment of chronic bacterial prostatitis and chronic prostatitis/ chronic pelvic pain syndrome: a consensus guideline		Guidelines on Chronic Pelvic Pain		Guidelines on Urological Infections		Chronic Bacterial Prostatitis		Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain yndrome	
Beoordelaar*	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M
Onderwerp en doel (/ 21)	15	15	14	13	17	14	5	7	3	3
Betrokkenheid van belanghebbende (/21)	15	16	15	16	16	17	6	6	3	3
Methodologie (/56)	35	33	43	36	41	37	30	32	31	32
Helderheid en presentatie (/21)	20	19	21	18	21	18	18	17	18	15
Toepassing (/28)	13	12	21	18	12	15	11	9	11	8
Onafhankelijkheid van de opsteller (/14)	12	12	14	14	14	14	11	10	12	12

Totaal (/7)	5	4	7	5	6	6	4	3	4	4
Conclusie	Exclusie		Inclusie		Inclusie		Exclusie		Exclusie	

Tabel 6: Totale punten van elk element in de AGREEII-tool van elke onderzoeker apart. V: Vincent, M: Margot

Aanbevelingen Diagnostiek

Hoewel er verschillende theorieën bestaan omtrent de etiologie van Chronische prostaatpijn bestaat er tot op het heden geen verklarend model. De diagnose ervan wordt dan bemoeilijkt omdat er niets aangetoond kan worden wat de klachten verklaart. Hierdoor wordt CP/CPPS gezien als een uitsluitingsdiagnose. Een belangrijk probleem met uitsluitingsdiagnoses is dat er veel verschillende onderzoeken mogelijk zijn, zowel beeldvormend, laboratorisch als interventioneel. Hoe meer onderzoeken er gebeuren hoe hoger het risico op vals positieve resultaten en met gevolg overbehandeling met drastische gevolgen voor patiënten. Zeker aangezien chronische prostatitis een goede prognose heeft. (4) In de laatste jaren zien we dan ook de trend om CP/CPPS te zien als een aparte ziekte entiteit met een eigen diagnose systeem.

Bij deze nieuwe trend is er een tweede belangrijk probleem. Gezien deze recente verandering in de perceptie van CP/CPPS zijn er weinig tot geen studies die de diagnostische waarden van symptomen, tekens en onderzoeken bestudeerd hebben. Oudere studies zijn voornamelijk gericht op de diagnose van CBP, iets wat met onderzoeken vastgesteld kan worden. Welke symptomen deel zijn van CP/CPPS (en CBP) zijn ook niet duidelijk. Verschillende systematic reviews vermelden andere symptomen. Dit alles zorgt ervoor dat de diagnose van CP/CPPS gecompliceerder is dan nodig. Hierdoor zijn huisartsen er ook niet goed mee bekend en wordt de diagnose en behandeling van CP/CPPS vaak overgelaten aan 2e lijn terwijl dit makkelijk in de algemene huisartsenpraktijk gediagnosticeerd kan worden. (15)

Wat zijn Klinische en anamnestische tekens van chronische prostatitis?

Duodecim richtlijn:

- Painful condition in the male genital area, perineum or pelvic area that has lasted for more than 3 months without findings of a bacterial urinary tract infection.
- The symptoms are similar to those of acute prostatitis but milder and recurring.
    - Voiding difficulties and burning on urination, increased urinary frequency, feeling of incomplete emptying of the bladder
    - Aching pain in the lower abdomen, scrotum, perineum, glans, or inner thighs
    - Feeling of pressure in the perineum, anus or anterior to the anus
    - Painful ejaculation; Sometimes bloody semen
    - Decreased libido, erectile dysfunction
- Tenderness of the prostate on digital examination. However, lack of tenderness does not exclude chronic prostatitis.

Wat verandert er?

- CBP mee betrokken in differentiaaldiagnose dus geen focus meer op afwezigheid van bacteriële urineweginfectie.
- Meer focus op Quality of life en beleving van patiënt in plaats van op lichamelijke klachten.
- Breder klinisch onderzoek.

Nieuwe aanbevelingen:

- Denk bij mannen met persisterende (>3 maand) pelviene pijnklachten, al dan niet geassocieerd met urinaire- of seksuele klachten, aan chronische prostatitis.
- Bevraag ideeën, angsten en verwachtingen (ICE) over, van, voor de klachten.
- Bevraag de impact van de klachten op de Quality of life door middel van gekwalificeerde vragenlijsten.
- Vraag NIET routinematig naar verleden van (seksueel) misbruik.
- Doe bij een vermoeden chronische prostatitis een abdominaal onderzoek, inspecteer genitaliën en verricht een Palpatio Per Anum (PPA).

Denk bij mannen met persisterende (>3 maand) durende urinaire klachten, pelviene pijn of seksuele klachten aan chronische prostatitis.

Toelichting: De diagnose van CP/CPPS en CBP wordt initieel voornamelijk gesteld op basis van symptomen. Welke symptomen allemaal deel uitmaken van CP/CPPS en CBP is niet geheel duidelijk. In verschillende artikels worden andere klachten benadrukt. Algemeen kan gezegd worden dat CBP/CPPS zich uit als pijnklachten die gepaard gaan met urinaire of seksuele klachten. (16;17) De pijn lokaliseert zich voornamelijk aan de penis of perianaal maar kan zich ook bevinden aan testes, pelvien of suprapubisch en kunnen zelfs uitbreiden naar andere regio's: inguinaal, abdominaal. (17;18) Urologische klachten kunnen bij zowel chronische bacteriële prostatitis als chronische pelviene pijn verschillende vormen aannemen. Er kunnen klachten zijn van frequency, mictalgie, urgency en onvolledige lediging. (17) De belangrijkste seksuele klacht is pijn tijdens of na ejaculatie. (19) Andere klachten die zouden kunnen voorkomen bij chronische prostatitis zijn: hematurie, hematospermie, pijnlijke of moeilijke mictie, pijnlijke ejaculatie, erectiestoornissen en libidoverlies.
De meeste van deze symptomen zijn opgenomen in de NIH-CPSI (20), een vragenlijst met klachten en impact van klachten bij chronische prostatitis. Dit is een goede vragenlijst om chronische prostatitis te bevragen maar is zeker niet compleet aangezien er niet over seksuele klachten gepraat wordt.

OP basis van anamnese (en klinisch/technisch onderzoek) kan uiteindelijk een via het UPOINTS-model een onderverdeling van CP/CPPS gemaakt worden op basis van fenotypes. In deze fenotype groeperingen wordt beschreven waar de voornaamste klachten zich bij de patiënt bevinden. Deze onderverdeling wordt vooral gemaakt in studieverband voor onderzoek naar behandelingen maar in praktijk wordt deze zelden toegepast. Dit werd ook weerspiegeld in het Delphi panel waarvan 87.5% deze onderverdeling nooit maakt. De UPOINTS-verdeling staat voor Urinair, Psychosociaal, Orgaan specifiek, Infectieus (=CBP), Neurogeen, spier Tenderness en Seksueel. (9;21)

urinair: Hiermee worden mannen bedoeld met buiten de gekende pijnklachten ook klachten gerelateerd aan mictie: mictalgie, frequency, hesitancy, nycturie…

Psychosociaal: Dit omvat mannen waarbij de pijn deels verklaard of verergerd kan worden met maladaptieve coping mechanismen, depressie, angstneurose, pijn catastroferen, verleden van mentaal, fysiek of seksueel geweld.

Orgaan specifiek: hierbij zien we klachten die specifiek op één orgaan gericht zijn (pijn bij

PPA, pijn suprapubisch bij legen van blaas) en dat er bij andere organen geen pijn wordt ervaren.

Infectieus: Deze groepering spreekt voor zich. Dit is de groepering mannen met infectie op urineonderzoek. Deze groep komt overeen met CBP.

Neurogeen: Een kleine groep van mannen met prostaatpijn die lijkt voor te komen uit neurogene problemen. Dit zijn vaak mensen met andere gelijkaardige syndromen waar autonome dysfunctie of centrale pijn sensitisatie centraal staat (IBS, chronische lage rugpijn, ander chronische pijnproblemen).

Muscle Tenderness: Sommige mannen met CP/CPPS hebben een verkrampte en gespannen bekkenbodemspier die af en toe in spasmen gaat.

Seksueel: Hier is er buiten de gekende pijnklachten ook een belangrijke seksuele klacht. Dit kan libidoverlies zijn, pijn bij ejaculatie, pijnlijke erecties, verminderde erecties…

Hoewel CPPS/CBP voornamelijk omschreven wordt als pijn in de regio van de prostaat die minstens 3 maanden bestaat is het duidelijk dat pijnklachten niet de volledigheid van CPPS/CBP omvatten. De pijnklachten nemen wel de voorgrond maar het is dus belangrijk dat andere klachten van seksuele, neurogene, urinaire of psychogene aard ook bevraagd worden om zo een volledig beeld te krijgen van het klachtenprofiel van de patiënt.

Evidentie: De beschrijving van symptomen is niet gebaseerd op studies. Geen enkel studie geeft diagnostische waarden van elk symptoom of symptoom groeperingen. De symptomen die we hier gebruiken zijn zoals de symptomen beschreven in NIH Consensus classificatie (bron). De EAU gebruikt deze zelfde consensus en beschrijft CP/CPPS als pijn in de regio van de prostaat die minstens 3 maanden bestaat. (7;14) Bij bevraging van het Delphi panel beschreven patiënten voornamelijk (60%) lage urinewegklachten (zoals mictalgie) en pijn perineaal (40%). Artsen beschrijven dan pijn aan de perineum (87.5%), pelviene pijn (75%), pijnlijke ejaculatie (62.5%), pijnlijke mictie (65.3%), perianale pijn (50%) en moeilijke mictie (50%). In mindere maten beschrijven artsen hematospermie (43.8%), genitale pijn (31.3%), seksuele dysfunctie (12.5-18.8%) en hematurie (12.5%).

Conclusie: Gezien de symptomen gebaseerd zijn op een consensus die al jaren in gebruik is en die geldt als algemene regel, gebruiken we hier de GRADE: 1C

Bevraag ideeën, angsten en verwachtingen (ICE) omtrent de klachten.

Toelichting: Het bevragen van de ideeën, angsten en verwachtingen van een patiënt omtrent de klachten is een krachtige en efficiënte manier om te exploreren wat de beleving van de patiënt is. Hierdoor helpt het bevragen van ICE om een empathische patient centered care te bereiken. (22) Een empathische en patient centered care leidt op zich al tot een verbeterde behandelingstevredenheid en tot een verbeterde fysieke gezondheid. (23;24) Het is echter niet voldoende om dit enkel bij een eerste aanmelding (in acute prostatitis fase) te bevragen. Bij langer bestaande pijn ontstaan specifieke ideeën rondom de pijn die tot nieuwe angsten kunnen leiden. (25) Het elke keer opnieuw bevragen van de ICE van een patiënt geeft aan de arts de kans om deze angsten en ideeën te bespreken en zo nodig gerust te stellen. Specifieke angsten die frequent voorkomen bij prostatitis klachten zijn angsten voor prostaat kankers of soa’s. (26) Deze angsten kunnen dan verder onderzocht en behandeld worden.

Evidentie: Deze aanbeveling is gebaseerd op de aanbeveling van EAU. Deze raadt aan om te vragen aan patiënten wat volgens hen de oorzaak van de pijn is en wat ze vrezen dat de oorzaak is. Dit komt overeen met de In Vlaanderen gebruikte Ideas, Concerns and Expectations (ICE). Enige evidentie of dit de diagnose of de behandeling bevordert is er uiteindelijk niet. Toch is ook het Delphi panel er unaniem over eens dat deze vragen behoren bij anamnese van CBP en CP/CPPS.

Conclusie: Gezien deze aanbeveling gebaseerd is op expert opinion en bewijs afwezig is kan deze aanbeveling enkel de GPP-waardering krijgen.

Bevraag de impact van de klachten op de Quality of life door middel van gekwalificeerde vragenlijsten.

Toelichting: Eerder bemerkte we reeds dat CP/CPPS veel breder is dan de fysieke pijnklachten. CP/CPPS gaat vaak gepaard met andere klachten en is geassocieerd met depressie, angststoornissen en seksuele disfunctie. (27-30) Deze associatie tussen CP/CPPS en psychiatrische stoornissen (angststoornissen/ depressie) lijkt wederzijds te zijn. Mensen met psychiatrische stoornissen in het verleden lijken meer last en pijn te ervaren en ergere pijnklachten lijken depressie en angst te bevorderen. (31;32) De combinatie van pijnklachten, verminderde mentale gezondheid en andere fysieke, sociale of seksuele klachten zorgt ervoor dat patiënten met CP/CPPS een sterke daling in de Quality of life (QOL) ervaren. (31;33) Deze impact op de QOL is erger dan bij chronische aandoeningen zoals diabetes of chronisch hartfalen (31, 33, 34). De EAU raadt dan ook aan om de QOL te bevragen zodat de ernst van de aandoening in zijn geheel in kaart gebracht kan worden. Vervolgens kan de patiënt op een holistische manier behandeld worden. Een goede tool die de EAU aanbiedt om de QOL te bevragen is de NIH-CSPI vragenlijst. Dit is een korte en gevalideerde vragenlijst die in Groot-Brittannië is ontwikkeld. Deze vragenlijst is in enkele minuten makkelijk en snel in te vullen door de arts of door de patiënt. De vragenlijst bestaat uit 9 vragen: 4 bespreken aanwezigheid van pijnklachten, 2 bespreken urinaire klachten en 3 bespreken impact op QOL. Hoewel deze vragenlijst gevalideerd is voor de impact op QOL na te gaan en gevalideerd is om behandeling op te volgen, is het echter geen volledige lijst die alle mogelijke symptomen nagaat. Het is dus van belang deze lijst als bijkomend instrument te gebruiken en niet als volledig diagnostisch tool. De NIH-CPSI vragenlijst werd reeds in meerdere talen vertaald en gevalideerd. (20, 35) Een Nederlandse vragenlijst kan gevonden worden in de bijlage 1. De Engelstalige, De Franstalige, de Duitstalige en Turkse variant zijn ook gevalideerd voor gebruik in praktijk.

Evidentie: De EAU raadt aan om de NIH-CSPI te gebruiken om de diagnose en voor opvolging en enkele goed opgestelde RCT's tonen ook de werkzaamheid hiervan aan. (36) Bij het Delphi panel waren alle artsen het erover eens dat dit zeker bevraagd moest worden en ook de meerderheid van de patiënten (80%) vindt het wenselijk als artsen dit nagaan. (20,36)

Conclusie: Gezien de duidelijke evidentie en het belang van deze aanbeveling bij opvolging werd besloten om een GRADE 1A te stellen.

Vraag NIET routinematig naar verleden van (seksueel) misbruik

Toelichting: Eén van de mogelijke predisponerende factoren voor het ontstaan van CP/CPPS is het doormaken van seksueel misbruik. (37) Bij vrouwen met Chronische Pelviene Pijn is er een link gevonden met het ervaren van seksueel geweld (38). De evidentie over de link CPPS en een voorgeschiedenis van seksueel misbruik is bij mannen voorlopig niet volledig onderbouwd. (32) Om deze reden raden wij dan ook aan om dit niet systematisch te bevragen. Hou er wel rekening dat een mogelijk verleden van (seksueel) misbruik de klachten kan verergeren.

Evidentie: De richtlijn van de EAU over chronische pelviene pijn geeft een zwakke aanbeveling om een verleden van (seksueel) misbruik te bevragen bij patiënten met CP/CPPS. Deze aanbeveling is voornamelijk gebaseerd op onderzoek bij vrouwen met CP/CPPS. (38) Er is één studie die (seksueel en psychisch) misbruik nagaat bij mannen met CP/CPPS. (32) Deze studie geeft echter dubieuze resultaten. Ook het Delphi panel vindt dat dit door artsen niet routinematig bevraagd moet worden. Zowel de artsen als de patiënten konden dit niet appreciëren en raden het af (respectievelijk 87.5% en 100% van respondenten).

Conclusie: Gezien de onzekerheid en de afwezigheid van duidelijke evidentie werd deze aanbeveling een GRADE 2C beoordeeld.

Doe bij een vermoeden chronische prostatitis een abdominaal onderzoek, inspecteer genitaliën en verricht een Palpatio Per Anum (PPA)

Toelichting: Er is geen enkel klinisch onderzoek dat de diagnose van CP/CPPS of CBP kan staven. Klinisch onderzoek gebeurt dus voornamelijk om andere specifieke ziekten die deze pijnen kunnen veroorzaken, uit te sluiten of om een onderverdeling te maken in fenotypes. De EAU raadt dan voornamelijk aan om een abdominaal onderzoek te doen in combinatie met genitaal onderzoek en een PPA. (7,14) Bij klinisch onderzoek worden dus geen afwijkingen verwacht.

- *Abdominaal onderzoek* zou geen afwijkingen mogen tonen. Pijn en drukgevoeligheid zou afwezig moeten zijn maar dit is niet altijd het geval. Afwijkingen bij dit onderzoek zouden altijd aan andere pathologieën moeten doen denken en vergen dus verder onderzoek.
- *Pelvien en genitaal inspectie en palpatie:* Ook hier verwacht men geen afwijkingen. Mogelijks zou er een verhoogde bekkenbodemspierspanning kunnen zijn.
- *PPA* wordt voornamelijk verricht om mogelijke Carcinomen, BPH of granulomateuze prostatitis aan te tonen. Bij zeer grote prostaat of bij nodulaire verhardingen zal verder onderzoek nodig zijn. Via PPA wordt ook bekkenbodemtonus en proprioceptie getest. Een weke, een vergrote of een pijnlijke prostaat kunnen allemaal aanwezig zijn bij CBP en CP/CPPS. Dit vergt dus geen verder onderzoek. Verder vermelden we dat Benigne Prostaat Hypertrofie en CP/CPPS samen kunnen bestaan.

Buiten deze onderzoeken wordt verder klinisch onderzoek niet aangeraden tenzij er uit anamnese andere aanknopingspunten zijn die andere pathologie doen vermoeden.

Evidentie: Klinisch onderzoek bij chronische prostatitis is niet onderzocht. Deze aanbeveling is grotendeels gebaseerd op de guidelines van de EAU. Deze geven echter ook geen studies aan waar de sensitiviteit en specificiteit van deze onderzoeken worden nagegaan.
Bij bevraging was Het Delphi panel unaniem van mening dat deze onderzoeken deel uitmaken van een goede praktijk.

Conclusie: Gezien deze aanbeveling gebaseerd is op expert opinion en bewijs afwezig is kan deze aanbeveling enkel de GPP-waardering krijgen.

Welke alarmsignalen zijn er bij chronische prostaatklachten?

Duodecim aanbeveling:

Duodecim stelt hier geen aanbeveling over.

Wat verandert er?

Deze aanbevelingen zijn volledig nieuw. Gezien de focus van diagnose nu ligt op symptomen diagnostiek en minder op uitsluiten door middel van technische onderzoeken, zijn er 2 aanbevelingen opgesteld om duidelijk te maken wanneer technische onderzoeken nog steeds gerechtvaardigd zijn.

Nieuwe aanbevelingen:

- Alarmsignalen zijn: hematurie, hematospermie, koorts, abdominale pijn en pijnlijke mictie.
- Bij alarmsignalen is verder onderzoek aangewezen (bloedafname, beeldvorming, eventuele doorverwijzing).

Alarmsignalen zijn: hematurie, hematospermie, koorts, abdominale pijn en pijnlijke mictie.

Toelichting: Over het algemeen kan CP/CPPS relatief eenvoudig binnen eerste lijn gediagnosticeerd en behandeld worden zonder dat er veel onderzoeken nodig zijn. Chronisch prostatitis heeft echter wel een zeer brede differentiaaldiagnose (zie tabel 8) waartussen ook ernstige en bedreigende aandoeningen zitten zoals prostaatcarcinoom of acute prostatitis. Daarom wordt een zekere vorm van voorzichtigheid aangeraden. De EAU heeft geen richtlijnen over wanneer dit in de eerste lijn kan gebeuren aangezien dit richtlijnen zijn specifiek bedoeld voor urologen en dus tweede lijn. Het Delphi panel heeft besloten dat bij koorts, hematurie, hematospermie en bij pijnlijke mictie verder onderzoek of eventuele doorverwijzing naar tweede lijn op zijn plaats is. Ook raden zij aan om verdere onderzoeken te verrichten bij onverwachte afwijkingen tijdens klinisch.

Evidentie: Gezien de EAU richtlijnen schrijft voor 2e en 3e lijn hebben zij geen richtlijnen voor wanneer er in de eerste lijn verder onderzoek nodig is of wanneer er doorverwezen moet worden. Bij bevraging gaf het de Delphi panel aan dat zij hematurie (81.3%), pijnlijke mictie (50%), hematospermie (56.3%) en koorts (12%, zonder dat dit oorspronkelijk bevraagd was) zagen als een mogelijks alarmsignaal.

Conclusie:
Gezien deze aanbeveling gebaseerd is op expert opinion en bewijs afwezig is kan deze aanbeveling enkel de GPP-waardering krijgen.

frequente symptomen en klinische tekens	minder frequente symptomen en klinische tekens	alarmsymptomen waar verder onderzoek bij nodig is
Pelviene pijn Perineale pijn Pijnlijke ejaculatie Anale pijn Moeilijke mictie Mictalgie	Hematurie Hematospermie Abdominale pijn Pijn in liezen en bovenbenen Scrotale/genitale pijn Erectiestoornissen Libidoverlies Koorts Pijn bij PPA	Hematurie Koorts Mictalgie Hematospermie Abdominale pijn Pijn of zwelling bij PPA Abdominale afwijkingen KO

Tabel 7: Samenvatting van symptomen bij CBP/CPPS. Deze gegevens zijn gebaseerd op de ondervraging van de Delphi Panels. Dit was een ondervraging van zowel huisartsen, Urologen als patiënten.

Bij alarmsignalen is verder onderzoek aangewezen.

Toelichting: Over het algemeen raden wij bij afwezigheid van alarmsignalen een conservatieve houding aan waarbij er weinig verdere onderzoeken gebeuren. Gezien de brede differentiaaldiagnose van CBP/CPPS, vermeld in tabel 8, is er bij aanwezigheid van alarmsignalen enige voorzichtigheid aangeraden. We raden aan om indien deze signalen aanwezig zijn, wel verdere onderzoeken uit te voeren. Welke onderzoeken nodig zijn behoord niet tot deze richtlijn maar wordt besproken in richtlijnen over de respectievelijke aandoeningen.

Evidentie: Er is geen evidentie omtrent deze statement. Deze aanbeveling is gebaseerd op consensus van het Delphi panel. De artsen waren het er unaniem over eens dat dit een onderdeel is van goede praktijk.

Conclusie: Gezien deze aanbeveling gebaseerd is op expert opinion en bewijs afwezig is kan deze aanbeveling enkel de GPP-waardering krijgen.

Urologisch	• Acute prostatitis/recurrente prostatitis • Prostaat of blaas abces • Prostaat Carcinoom • Blaas Carcinoom • SOA • Cystitis • LUTS • Overactieve blaas • BPH
Gastro-enterologisch	• Coloncarcinoom • IBD • Darm abces • IBS • Proctalgia fugax/chronica • Hemorroïden • Fissuren
Musculoskeletaal	• Levator syndroom • Coccygodynie
Neuro psychiatrisch	• Neuropathische pijn (N. pudendus, S2-S5, N. genitalis) • (Seksueel) misbruik • Chronische pijnsyndromen

Tabel 8: Differentiaaldiagnose van CBP/CPPS. Deze lijst is niet exhaustief. De belangrijkste en gevaarlijkste differentiaaldiagnoses zijn onderlijnd. Indien er alarmsignalen aanwezig zijn, zijn dit de eerste diagnoses waar verder aan gedacht moet worden.

Welke technische onderzoeken zijn nodig voor de diagnose en differentiatie van chronische prostatitis?

Duodecim aanbeveling:

- Normal urine test results
    - First, a urine sample is collected at the beginning of the stream. Then the prostate is massaged and a new urine sample is taken immediately to be microscoped and cultured.

Wat verandert er?

- Focus op urine cultuur blijft.
- Geen focus meer op normale urine resultaten wel op negatieve cultuur.
- Afraden van andere onderzoeken.

Nieuwe aanbevelingen:

- Doe bij ieder vermoeden van een chronische prostatitis een urinestaal met microbiologisch cultuur ongeacht aanwezigheid van alarmsignalen.
- Overweeg het nemen van een Meares-Stamey 2-glass test.
- Doe GEEN bloedafname bij klachten die wijzen op chronische prostatitis ZONDER aanwezigheid van alarmsymptomen.
- Vraag GEEN beeldvorming aan bij vermoeden van chronische prostatitis ZONDER alarmsymptomen.
- Doe GEEN analyse van een spermastaal bij een vermoeden van chronische prostatitis ZONDER alarmsignalen.

Zoals bij de beschrijving van symptomen en anamnese, is er weinig onderzoek gedaan naar de diagnostische waarde van verschillende technische onderzoeken bij CBP/CPPS. De weinige onderzoeken die gedaan zijn, beperken zich meestal tot chronisch pelviene pijn (inclusief bij vrouwen) of op enkel CBP waardoor de diagnostiek van CP/CPPS bij mannen zo goed als ononderzocht is. Gezien de waarde van verschillende onderzoeken niet gekend is en dat de prognose van CBP/CPPS eerder gunstig is, raden wij verdere onderzoeken grotendeels af. Het overmatig onderzoeken leidt tot overbehandeling en alle nadelige gevolgen.

Doe bij ieder vermoeden van een chronische prostatitis een urinestaal met microbiologisch cultuur ongeacht aanwezigheid van alarmsignalen.

Toelichting: Het enige onderzoek dat aangeraden wordt door de EAU (7,14) is het nemen van een urinestaal en het nagaan van aanwezigheid van bacteriële culturen. Een microbiologisch onderzoek van de urine is dan ook de hoeksteen in de differentiaaldiagnose van CBP en CP/CPPS. Per definitie spreekt men bij aanwezigheid van pathogene bacteriën van een CBP. Er is echter enige voorzichtigheid aangeraden: volgens de EAU wordt er bij 8% van de klachtenvrije populatie en 8% van de CP/CPPS-populatie ook Pathogene bacteriën gekweekt. (14)

Het nagaan van sediment (proteïnurie, leukocytose of macrocytaire hematurie) bij midstream urine heeft weinig toegevoegde waarde. Zowel bij CPPS als CBP kunnen deze positief zijn. Een negatieve leukocytose in een midstream urine sluit een CBP ook niet uit.

Overweeg het nemen van een Meares-Stamey 2 glass test.

Toelichting: De EAU raadt voor beide diagnoses een Meares-stamey 2 glass test (of de pre-post-massage test) aan. Het is sinds de ontwikkeling van de test tot op heden de gouden standaard voor de diagnose van CBP. Deze test omvat het nemen van 2 urinestalen. Een eerste midstream urine staal en een tweede urinestaal na een prostaat massage. Dit zorgt ervoor dat de expressed prostatic secretion (EPS) ook onderzocht wordt. Hierdoor kan de locatie van infectie aangetoond worden De Meares-Stamey 2-Glass test is een betere aantoner en uitsluiter van CBP. (19,39,40)
Opnieuw is de afwezigheid of aanwezigheid van leukocyten en proteïnen in Meares-Stamey test geen aantoner of uitsluiter van CP/CPPS.

Bij de bevraging in het Delphi panel blijkt dat in praktijk de techniek van een prostaat massage of van een Meares-Stamey test niet gekend is. Dus hoewel een Meares-Stamey test een betere test is voor differentiatie tussen CBP en CP/CPPS raden wij op zijn minst aan een urinekweek te nemen en indien men vertrouwd is met het nemen van een Meares-Stamey test om dan deze test te verrichten.

Noot: de Meares-Stamey 2-glass test is een versimpelde versie van de Meares-Stamey 4 glass test waarbij er 4 stalen worden gekweekt. Een eerste first voiding urine, een tweede mainstream urine, een derde urinestaal waar de EPS opgevangen wordt tijdens een prostaat massage en een 4de staal waar de

urine wordt opgevangen na prostaat massage.
Een Meares-Stamey 4-glass test heeft geen meerwaarde ten opzichte van de versimpelde 2 glass test en is moeilijker uit te voeren. We raden daarom ook de 4-glass test af en verkiezen het nemen van een 2-glass test. (39)

Evidentie: De EAU raadt een Meares-Stamey 2 glass test aan voor diagnose van CBP. Voor CP/CPPS wordt ze minder aangeraden omdat het nog altijd geen aantoner of uitsluiter is. Voor CBP zijn er enkele sterke RCT's die deze aanbeveling staven. (39,40)

Conclusie: Door aanwezigheid van enkele sterke RCT's krijgt deze aanbeveling GRADE 1B.

Doe GEEN bloedafname bij klachten die wijzen op chronische prostatitis ZONDER aanwezigheid van alarmsymptomen.

Toelichting: Bloedonderzoek heeft in de diagnose geen meerwaarde. Er zijn geen testen die de diagnose kunnen bevestigen en er zijn geen testen die de diagnose kunnen uitsluiten.
Dit geldt zeker voor een bloedonderzoek naar PSA. Het onderzoeken van PSA heeft geen enkele meerwaarde. Hoewel bij CBP/CPPS PSA vaak normaal is kan deze in 6-15% nog steeds verhoogd zijn. (41) Tevens is een normale PSA-waarde geen uitsluiter voor prostaatcarcinoom. EAU raadt dan ook af om een bloedafname met PSA te doen (14,42).

Evidentie: De EAU raadt dus af om bloedafname te doen, deze stelling is gebaseerd op meerdere RCT's die aantonen dat er geen meerwaarde is bij diagnostiek van CBP en CP/CPPS. (41-42) Deze zijn van voldoende kwaliteit om een aanbeveling te maken.

Conclusie: Gezien de aanwezigheid van sterke RCT's wordt deze aanbeveling GRADE 1A toegediend.

Vraag GEEN beeldvorming aan bij vermoeden van chronische prostatitis ZONDER alarmsymptomen.

Toelichting: Bij chronische prostatitis kunnen er calcificaties aanwezig zijn. Deze calcificaties zijn echter niet specifiek of sensitief genoeg om een diagnose te stellen of uit te sluiten (43,44) Een echo aanvragen bij een vermoeden van chronische prostatitis heeft dus enkel nut om andere aandoeningen zoals een carcinoom uit te sluiten en om een patiënt gerust te stellen. Echter, zoals eerder vermeld, kan het uitvoeren van onderzoeken zoals een echografie ook leiden tot overdiagnose met meer ongerustheid en nefaste gevolgen voor de patiënt. Wij raden daarom af om een echografie van prostaat aan te vragen tenzij er vermoedens zijn van andere belangrijke aandoeningen (abces, carcinoom). Daarvoor verwijzen wij dan ook door naar desbetreffende richtlijnen.

Evidentie: De EAU raadt in de richtlijn voor prostatitis aan om enkel in selecte gevallen een echo aan te vragen voor het uitsluiten van abcessen. (7) Ze geeft hier geen verdere info in welke gevallen dat zou zijn. Studies die beschrijven wat de aantonende of uitsluitende kracht zijn van deze onderzoeken, zijn er niet. Deze aanbeveling is dus gebaseerd op goede klinische praktijk.

Conclusie: Gezien deze aanbeveling gebaseerd is op expert opinion en bewijs afwezig is kan deze aanbeveling enkel de GPP-waardering krijgen.

Doe GEEN analyse van een spermastaal bij een vermoeden van chronische prostatitis ZONDER alarmsignalen.

Toelichting: CBP/CPPS gaat gepaard met een verminderde spermatozoa functie en kwaliteit. (45) Enkel een spermastaal analyseren heeft weinig diagnostische waarde. De veranderingen gevonden aan spermatozoa zijn onvoldoende sensitief en specifiek. (46) Bacteriële analyse van een spermastaal heeft wel een bijkomende waarde voor het diagnosticeren van CBP aangezien dit sensitiever is dan first voiding urine. (40) Bij CPPS geeft dit echter frequenter vals positieve resultaten waardoor betrouwbaarheid daalt. (47) Hoewel een analyse en cultuur van een spermastaal een bijkomende waarde kan hebben in de diagnostiek van CBP, raden wij niet aan dit standaard te doen gezien de beperkte waarde bij diagnostiek van CPPS.

Evidentie: De EAU raadt door beperkte sensitiviteit microbiologisch onderzoek van spermaculturen af. De evidentie omtrent het onderzoeken van spermastalen is ook tegenstrijdig. Enkele RCT's tonen aan dat het wel effectief is bij diagnostiek van CBP/CPPS. (40) Anderen spreken dit dan weer tegen. (47) Het merendeel van het Delphi panel (75%) is ook van mening dat dit onderzoek weinig meerwaarde heeft.

Conclusie: Gezien tegenstrijdige evidentie is er veel onzekerheid over het nut van sperma-analyse. Gezien de huidige evidentie raden wij dit onderzoek zwak af. Deze aanbeveling krijgt bijgevolg de GRADE 2C.

Discussie

De visie op CP/CPPS bij mannen is in de loop van de jaren veranderd. Er wordt meer gesproken van een symptoomdiagnose dan van een uitsluitingsdiagnose. Met deze richtlijn proberen wij dit ook aan te brengen binnen de eerstelijns zorgverlening. We beschrijven hier CP/CPPS niet meer als een negatieve diagnose die uitgesloten moet worden maar als een positieve diagnose die kan onderzocht en gestaafd worden. Verder hebben we ook alarmsignalen gedefinieerd. Bij aanwezigheid van deze signalen moet uitsluiting van andere aandoeningen nog steeds gebeuren. Dit zorgt er mee voor dat de diagnostiek meer een diagnostisch proces wordt waarbij beslissingen gemaakt worden op wat er zich presenteert. Hierdoor komt de behandeling en diagnostiek meer in de handen van eerstelijns zorgverlening. Door de evolutie naar een positieve diagnose en door de vorming van alarmsignalen kan er ook conservatiever omgegaan worden met technische onderzoeken, wat het risico op ziekte door testen vermindert.

De algemene verandering van uitsluitingsdiagnose naar symptoomdiagnose heeft ook enkele nadelen; zoals hierboven vermeld zijn er verschillende beschrijvingen van welke symptomen kunnen voorkomen bij CP/CPPS en CBP. De diagnose in literatuur gebeurt dus vaak volgens verschillende beschrijvingen. Meestal gebeurt het volgens de definiëring van de NIH-criteria. Deze hebben wij voor deze richtlijn ook als basis gebruikt. Een bijkomend gevolg van de verschillende beschrijvingen van CP/CPPS is dat er weinig onderzoek bestaat naar diagnostische waarden van symptomen. De symptomen hier aangegeven en ook genoteerd door NIH zijn gebaseerd op consensus. Duidelijke evidentie hieromtrent is er niet.

De verdere diagnose van CBP en CP/CPPS is over het algemeen slecht onderzocht. Enerzijds komt dit door het beperkt begrip van etiologie. Anderzijds komt dit door dat diagnostiek van CPPS voornamelijk gebaseerd is op diagnostiek bij vrouwen met CPPS. Deze soms zeer kwaliteitsvolle

studies zijn niet representatief voor de diagnostiek van CP/CPPS bij mannen. Duidelijke en goed opgezette studies bij mannen zijn dus schaars.
Veel van de aanbevelingen zijn dan ook deels gebaseerd op expert opinion consensus en good practice. Hierdoor zijn de richtlijnen minder betrouwbaar en kan het zijn dat over enkele jaren, wanneer er meer kwalitatieve studies uitgevoerd zijn, de diagnostiek anders aanbevolen wordt.

Besluit

Diagnostiek van chronische prostatitis is eenvoudig te doen in de eerste lijn. Bij mannen met langdurige klachten van pelviene, perineale of anale pijn (>3maanden), al dan niet gecombineerd met urologische of seksuele klachten kan een vermoeden gesteld worden van chronische prostatitis Diagnostiek van CBP/CPPS wordt niet beschreven als een uitsluitingsdiagnose maar als een symptoomdiagnose. Hiervoor vormde een Delphi panel de volgende alarmsignalen*: hematurie, koorts, mictalgie, hematospermie, abdominale pijn, pijn of zwelling bij PPA en abdominale afwijkingen bij klinisch onderzoek.* Zolang deze alarmsignalen afwezig zijn kan de diagnostiek verder conservatief verlopen en zich beperken tot een midstream urine cultuur of een Meares-Stamey 2 glass test. Verder onderzoek wordt dan afgeraden. Het doel hiervan is de diagnostiek van CBP/CPPS duidelijker en eenvoudiger te maken binnen de eerstelijn zodat er minder doorverwijzing is naar tweedelijn.

Conflicts of interest

Zowel de panel leden als de onderzoekers vermelden geen externe belangen te hebben bij het vormen van deze studie.

Dankwoord

We wensen de deelnemers van het Delphi panel te bedanken voor hun bijdrage en expertise in het vormen van deze richtlijnen.

Bronnen

1. Mehik A, Hellström P, Lukkarinen O, Sarpola A, Järvelin M. Epidemiology of prostatitis in Finnish men: a population-based cross-sectional study. BJU Int. 2000 Sep;86(4):443-8. doi: 10.1046/j.1464-410x.2000.00836.x. PMID: 10971269.
2. Krieger JN, Lee SW, Jeon J, Cheah PY, Liong ML, Riley DE. Epidemiology of prostatitis. Int J Antimicrob Agents. 2008 Feb;31 Suppl 1(Suppl 1):S85-90. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2007.08.028. Epub 2007 Dec 31. PMID: 18164907; PMCID: PMC2292121.
3. Nickel JC, Downey J, Hunter D, Clark J (2001) Prevalence of prostatitis-like symptoms in a population based study using the National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index. J Urol 165:842–845
4. Zhang J, Zhang X, Cai Z, Li N, Li H. The Lifetime Risk and Prognosis of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome in the Middle-Aged Chinese Males. Am J Mens Health. 2019 Jul-Aug;13(4):1557988319865380. Doi: 10.1177/1557988319865380. PMID: 31311396; PMCID: PMC6637838.
5. Krieger JN, Nyberg L Jr, Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis. JAMA. 1999 Jul 21;282(3):236-7. doi: 10.1001/jama.282.3.236. PMID: 10422990.
6. Schneider H, Ludwig M, Hossain HM, Diemer T, Weidner W. The 2001 Giessen Cohort Study on patients with prostatitis syndrome--an evaluation of inflammatory status and search for microorganisms 10 years after a first analysis. Andrologia. 2003 Oct;35(5):258-62. PMID: 14535851.7
7. Fall M, Baranowski AP, Elneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ, Oberpenning F, de C Williams AC; European Association of Urology. EAU guidelines on chronic pelvic pain. Eur Urol. 2010 Jan;57(1):35-48. doi: 10.1016/j.eururo.2009.08.020. Epub 2009 Aug 31. PMID: 19733958.
8. Teuvo T. (2019). Chronic Prostatitis. EBM Guidelines, Duodecim http://www.ebm-guidelines.com/go/ebm/ebm00245.html
9. Shoskes DA, Nickel JC, Dolinga R, Prots D. Clinical phenotyping of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and correlation with symptom severity. Urology. 2009 Mar;73(3):538-42; discussion 542-3. doi: 10.1016/j.urology.2008.09.074. Epub 2009 Jan 1. PMID: 19118880.
10. Brouwers M. (2009) Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation Instrument II. AGREE Enterprise. https://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-ii/
11. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schünemann HJ; GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ. 2008 Apr 26;336(7650):924-6. doi: 10.1136/bmj.39489.470347.AD. PMID: 18436948; PMCID: PMC2335261.
12. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ; GRADE Working Group. What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? BMJ. 2008 May 3;336(7651):995-8. doi: 10.1136/bmj.39490.551019.BE. PMID: 18456631; PMCID: PMC2364804.0
13. Delvaux N, Van de Velde S, Philips H, Van Royen P, Vanschoenbeek J, Goossens M. 'Adaptatie Duodecim. Richtlijnen (versie 8)'. december 2019
14. Eau guidelines on urological infections ,European Association of Urology Urological Infections Guideline. Available from: http://uroweb.org/guideline/urological-infections/#3
15. Calhoun, E., Clemens, J., Litwin, M., Walker-Corkery, E., Markossian, T., Kusek, J., & McNaughton-Collins, M. (2009). Primary care physician practices in the diagnosis, treatment and management of men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Prostate Cancer and Prostatic Diseases, 12, 288–295. https://doi.org/10.1038/pcan.2009.9
16. O. W. Hakenberg M. P. Wirth. (2002). Chronic Pelvic Pain in Men. Urologia Internationalis , 68, 138–143.
17. Luzzi, G. A. (2002). Chronic prostatitis and chronic pelvic pain in men: aetiology, diagnosis and management 1 (Vol. 16).

18. Stein, A., May, T., & Dekel, Y. (2014). Chronic pelvic pain syndrome: A clinical Enigma. Postgraduate Medicine, 126(4), 115–122. https://doi.org/10.3810/pgm.2014.07.2789
19. Bergman, J., & Zeitlin, S. I. (2007). Prostatitis and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. In Expert Review of Neurotherapeutics (Vol. 7, Issue 3, pp. 301–307). https://doi.org/10.1586/14737175.7.3.301
20. Litwin, M. S., McNaughton-Collins, M., Fowler, F. J., Nickel, J. C., Calhoun, E. A., Pontari, M. A., Alexander, R. B., Farrar, J. T., O'Leary, M. P., Alexander, R. B., Landis, J. R., Litwin, M. S., Nickel, J. C., O'Leary, M. P., Pontari, M. A., Schaeffer, A. J., Barry, M. J., Bennett, C. L., Bushman, W., … Shoskes, D. A. (1999). The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: Development and validation of a new outcome measure. Journal of Urology, 162(2), 369–375. https://doi.org/10.1016/S0022-5347(05)68562-X
21. Shoskes, D. A., Nickel, J. C., Rackley, R. R., & Pontari, M. A. (2009). Clinical phenotyping in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and interstitial cystitis: a management strategy for urologic chronic pelvic pain syndromes. Prostate Cancer and Prostatic Diseases, 12, 177–183. https://doi.org/10.1038/pcan.2008.42
22. M. Brems et al. (2012). Het-Leuvens-Consultatiemodel. Huisarts Nu, 41(4).
23. Too, A., Gatien, C., & Cormier, S. (2021). Treatment satisfaction mediates the association between perceived physician empathy and psychological distress in a community sample of individuals with chronic pain. Patient Education and Counseling, 104(5), 1213–1221. https://doi.org/10.1016/J.PEC.2020.09.004
24. Paul-Savoie, E., Bourgault, P., Potvin, S., Gosselin, E., & Lafrenaye, S. (2018). The Impact of Pain Invisibility on Patient-Centered Care and Empathetic Attitude in Chronic Pain Management. Pain Research & Management, 2018. https://doi.org/10.1155/2018/6375713
25. C.J. SAVIDGE et al. (1998). Women's Perspectives on their Experiences of Chronic Pelvic Pain and Medical Care. Journal of Health Psychology, Vol 3(1), 103–116.
26. Mehik, A., Hellström, P., Sarpola, A., Lukkarinen, O., & Järvelin, M. R. (2001). Fears, sexual disturbances and personality features in men with prostatitis: a population-based cross-sectional study in Finland. BJU International, 88(1), 35–38. https://doi.org/10.1046/J.1464-410X.2001.02259.X
27. Walz J, Perrotte P, Hutterer G, Suardi N, Jeldres C, Bénard F, Valiquette L, Karakiewicz PI. Impact of chronic prostatitis-like symptoms on the quality of life in a large group of men. BJU Int. 2007 Dec;100(6):1307-11. doi: 10.1111/j.1464-410X.2007.07250.x. Epub 2007 Oct 17. PMID: 17941922.
28. Egan KJ, Krieger JN. Psychological problems in chronic prostatitis patients with pain. Clin J Pain. 1994 Sep;10(3):218-26. doi: 10.1097/00002508-199409000-00008. PMID: 7833580.
29. de la Rosette JJ, Ruijgrok MC, Jeuken JM, Karthaus HF, Debruyne FM. Personality variables involved in chronic prostatitis. Urology. 1993 Dec;42(6):654-62. doi: 10.1016/0090-4295(93)90529-j. PMID: 8256399.
30. Collins, M. M., Pontari, M. A., O'Leary, M. P., Calhoun, E. A., Santanna, J., Landis, J. R., Kusek, J. W., Litwin, M. S., & Network, T. C. P. C. R. (2001). Quality of Life Is Impaired in Men with Chronic Prostatitis: The Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. Journal of General Internal Medicine, 16(10), 656. https://doi.org/10.1111/J.1525-1497.2001.01223.X
31. Lee SW, Liong ML, Yuen KH, Leong WS, Cheah PY, Khan NA, Krieger JN. Adverse impact of sexual dysfunction in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Urology. 2008 Jan;71(1):79-84. doi: 10.1016/j.urology.2007.08.043. PMID: 18242370.
32. Riegel, B., Bruenahl, C. A., Ahyai, S., Bingel, U., Fisch, M., & Löwe, B. (2014). Assessing psychological factors, social aspects and psychiatric co-morbidity associated with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome (CP/CPPS) in men - A systematic review. Journal of Psychosomatic Research, 77(5), 333–350. https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHORES.2014.09.012
33. Quaghebeur J, Wyndaele JJ. Prevalence of lower urinary tract symptoms and level of quality of life in men and women with chronic pelvic pain. Scand J Urol. 2015 Jun;49(3):242-9. doi: 10.3109/21681805.2014.984325. Epub 2014 Dec 2. PMID: 25438989.

34. Walz J, Perrotte P, Hutterer G, Suardi N, Jeldres C, Bénard F, Valiquette L, Karakiewicz PI. Impact of chronic prostatitis-like symptoms on the quality of life in a large group of men. BJU Int. 2007 Dec;100(6):1307-11. doi: 10.1111/j.1464-410X.2007.07250.x. Epub 2007 Oct 17. PMID: 17941922.
35. Karakiewicz PI, Perrotte P, Valiquette L, Benard F, McCormack M, Menard C, McNaughton Collins M, Nickel JC. French-Canadian linguistic validation of the NIH Chronic Prostatitis Symptom Index. Can J Urol. 2005 Oct;12(5):2816-23. PMID: 16274517.
36. Propert KJ, Litwin MS, Wang Y, Alexander RB, Calhoun E, Nickel JC, O'Leary MP, Pontari M, McNaughton-Collins M; Chronic Prostatitis Collaborative Research Network (CPCRN). Responsiveness of the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI). Qual Life Res. 2006 Mar;15(2):299-305. doi: 10.1007/s11136-005-1317-1. PMID: 16468084.
37. Schrepf, A., Naliboff, B., Williams, D. A., Stephens-Shields, A. J., Landis, J. R., Gupta, A., Mayer, E., Rodriguez, L. v., Lai, H., Luo, Y., Bradley, C., Kreder, K., & Lutgendorf, S. K. (2018). Adverse Childhood Experiences and Symptoms of Urologic Chronic Pelvic Pain Syndrome: A Multidisciplinary Approach to the Study of Chronic Pelvic Pain Research Network Study. Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine, 52(10), 865. https://doi.org/10.1093/ABM/KAX060
38. Panisch, L. S., & Tam, L. M. (2020). The Role of Trauma and Mental Health in the Treatment of Chronic Pelvic Pain: A Systematic Review of the Intervention Literature. Trauma, Violence, and Abuse, 21(5), 1029–1043. https://doi.org/10.1177/1524838018821950
39. Nickel, J. C., Shoskes, D., Wang, Y., Alexander, R. B., Fowler, J. E., Zeitlin, S., O'Leary, M. P., Pontari, M. A., Schaeffer, A. J., Landis, J. R., Nyberg, L., Kusek, J. W., & Propert, K. J. (2006). How Does the Pre-Massage and Post-Massage 2-Glass Test Compare to the Meares-Stamey 4-Glass Test in Men With Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome? Journal of Urology, 176(1), 119–124. https://doi.org/10.1016/S0022-5347(06)00498-8
40. Zegarra Montes, L. R., Sanchez Mejia, A. A., Loza Munarriz, C. A., & Celis Gutierrez, E. (2008). Semen and urine culture in the diagnosis of chronic bacterial prostatitis. International Braz j Urol : Official Journal of the Brazilian Society of Urology, 34(1), 30–40. https://doi.org/10.1590/S1677-55382008000100006
41. Pansadoro, V., Emiliozzi, P., Defidio, L., Scarpone, P., Sabatini, G., Brisciani, A., & Lauretti, S. (1996). Prostate-Specific Antigen and Prostatitis in Men under Fifty. European Urology, 30(1), 24–27. https://doi.org/10.1159/000474140
42. Nadler, R. B., McNaughton Collins, M., Propert, K. J., Mikolajczyk, S. D., Knauss, J. S., Landis, J. R., Fowler, J. E., Schaeffer, A. J., & Alexander, R. B. (2006). Prostate-specific antigen test in diagnostic evaluation of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Urology, 67(2), 337–342. https://doi.org/10.1016/J.UROLOGY.2005.08.031
43. Mitterbergera, M., Horningera, W., Aignerb, F., Pinggeraa, G. M., Steppanb, I., Rehdera, P., & Frauscherb, F. (2010). Ultrasound of the prostate. Cancer Imaging, 10(1), 40. https://doi.org/10.1102/1470-7330.2010.0004
44. Doble A, Carter SS. Ultrasonographic findings in prostatitis. Urol Clin North Am. 1989 Nov;16(4):763-72. PMID: 2683305.
45. Condorelli, R. A., Russo, G. I., Calogero, A. E., Morgia, G., & la Vignera, S. (2017). Chronic prostatitis and its detrimental impact on sperm parameters: a systematic review and meta-analysis. Journal of Endocrinological Investigation 2017 40:11, 40(11), 1209–1218. https://doi.org/10.1007/S40618-017-0684-0
46. Fu, W., Zhou, Z., Liu, S., Li, Q., Yao, J., Li, W., & Yan, J. (2014). The effect of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS) on semen parameters in human males: a systematic review and meta-analysis. PloS One, 9(4). https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0094991
47. Budía, A., Palmero, J. L., Broseta, E., Tejadillos, S., Benedicto, A., Queipo, J. A., Gobernado, M., & Cruz, J. F. J. (2009). Value of semen culture in the diagnosis of chronic bacterial prostatitis: A simplified method. Https://Doi.Org/10.1080/00365590600748247, 40(4), 326–331. https://doi.org/10.1080/00365590600748247

Appendix

Bijlage 1: NIH-CPSI vragenlijst

Voorbeeld afkomstig van Meetinstrumentenzorg.nl

National Institutes of Health-Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI)

Pijn of ongemak

1. Heeft u gedurende de laatste week pijn of ongemak ondervonden in de volgende gebieden

	Ja	Nee
a. Het gebied tussen het rectum en de testikels (perineum)	□ 1	□ 0
b. Testikels	□ 1	□ 0
c. Top van de penis (niet in relatie met urineren)	□ 1	□ 0
d. Onder uw middel, schaamstreek of blaasgebied	□ 1	□ 0

2. Heeft u gedurende de laatste week het volgende ervaren:

	Ja	Nee
a. Pijn/branderig gevoel tijdens het urineren	□ 1	□ 0
b. Pijn/ongemak tijdens of na de ejaculatie	□ 1	□ 0

3. Hoe vaak heeft u pijn of ongemak gehad van de bovengenoemde punten:

□ 0 Nooit
□ 1 Bijna niet
□ 2 Soms
□ 3 Regelmatig
□ 4 Doorgaans
□ 5 Altijd

4. Welk cijfer zou u toekennen aan de pijn of het ongemak dat u heeft op de dagen dat u deze last heeft:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

Geen pijn Zeer veel pijn

Urineren

5. Hoe vaak hebt u het gevoel gehad dat u na het urineren niet uw hele blaas geleegd had gedurende de laatste week:

□ 0 Helemaal niet
□ 1 Minder dan 1 op de 5 keer
□ 2 Minder dan de helft van de keren
□ 3 Ongeveer de helft van de keren
□ 4 Meer dan de helft van de keren
□ 5 Bijna altijd

6. Hoe vaak heeft u binnen de 2 uur na de laatste keer urineren weer moeten urineren de laatste week:

□ 0 Helemaal niet
□ 1 Minder dan 1 op de 5 keer
□ 2 Minder dan de helft van de keren
□ 3 Ongeveer de helft van de keren
□ 4 Meer dan de helft van de keren
□ 5 Bijna altijd

Impact van de symptomen

7. In hoeverre hebben deze symptomen u weerhouden de dingen te doen die u gewoonlijk zou doen, gedurende de laatste week:

□ 0 Niet
□ 1 Een beetje
□ 2 Soms
□ 3 Vaak

8. Hoe regelmatig heeft u gedurende de laatste week over uw symptomen nagedacht:

□ 0 Niet
□ 1 Een beetje
□ 2 Soms
□ 3 Vaak

Kwaliteit van leven

9. Als u de rest van uw leven zou moeten doorleven met de symptomen zoals deze gedurende de laatste week waren, hoe zou u zich dan voelen?

□ 0 Opgetogen
□ 1 Tevreden
□ 2 Toereikend
□ 3 Gemengde gevoelens
□ 4 Ontevreden
□ 5 Ongelukkig
□ 6 Vreselijk

Score NIH-CPSI

Pijn of ongemak, totaal van de items 1, 2, 3, 4 =___|

Urineren, totaal van de items 5, 6 =___|

Impact/kwaliteit van leven, totaal van de items 7, 8, 9 =___|

Totaal score NIH-CPSI =___|

©ebc

Bijlage 2: IPPS

Voorbeeld afkomstig van Meetinstrumentenzorg.nl

International Prostate Symptom Score (IPSS)

	IPSS/AUSS	Niet één keer	Minder dan eens in de vijf keer	Minder dan de helft van het aantal keren	Ongeveer de helft van het aantal keren	Meer dan de helft van het aantal keren	Vrijwel iedere keer
1	Hoe vaak heeft u de afgelopen 30 dagen het gevoel gehad dat uw blaas niet helemaal leeg was nadat u klaar was met plassen?	0	1	2	3	4	5
2	Hoe vaak moest u de afgelopen 30 dagen nà het plassen binnen twee uur opnieuw plassen?	0	1	2	3	4	5
3	Hoe vaak kwam het de afgelopen 30 dagen voor dat u tijdens het plassen verschillende keren opnieuw begon, dus 'met schokjes' plaste?	0	1	2	3	4	5
4	Hoe vaak kwam het de afgelopen 30 dagen voor dat u moeilijk uw plas kon ophouden?	0	1	2	3	4	5
5	Hoe vaak produceerde u de afgelopen 30 dagen tijdens het plassen slechts een mager straaltje?	0	1	2	3	4	5
6	Hoe vaak moest u de afgelopen 30 dagen persen of drukken om te kunnen beginnen met plassen?	0	1	2	3	4	5
7	Hoeveel keer moest u de afgelopen 30 dagen gemiddeld per nacht uw bed uit om te plassen?	0	1	2	3	4	5

8. Hoe zou u zich voelen als u voor de rest van uw leven last zou houden van uw huidige plasklachten?

- Uitstekend (0)
- Goed (1)
- Over het algemeen tevreden (2)
- Gemengde gevoelens (ongeveer even tevreden als ontevreden) (3)
- Over het algemeen ontevreden (4)
- Ongelukkig (5)
- Verschrikkelijk (6)

Referentie:

- Badia X, Garcia-Losa M, Dal-Ré R. Ten-language translation and harmonization of the International Prostate Symptom Score: developing a methodology for multinational clinical trials. Eur Urol. 1997;31(2):129-40.

Bijlage 3: Matrix adaptatie proces

Algemene informatie

Naam student	**Horckmans Maarten**
Promotor	**Dr. Frank Van Der Aa**
Copromotor	**Dr. Nicolas Delveaux**
Geselecteerde Duodecim richtlijn	**Chronische prostatitis**
Naam student waarmee in partnerschap wordt gewerkt	**Vincent Jacobs**
Academiejaar	**2020-2022**
Universiteit	**KuLeuven**
Vakgroep	

Stap 1: definieer de scope van de aanbevelingen voor screening/adaptatie en bepaal de PIPOH-elementen als basis voor je klinische vragen

Geselecteerde klinische vraag 1 voor review: *Wat zijn anamnestische en klinische elementen bij het stellen van de diagnose chronische prostatitis?*

Maarten

PIPOH-elementen	Inclusie criteria	Exclusie criteria
Patient/Population	Mannen (met prostaatklachten (pijnlijke ejaculatie, dysurie,	
Interventions	Anamnestische tekens, klinisch onderzoek,	
Professionals	Huisarts, uroloog	
Outcomes	Diagnose van chronische prostatitis	
Healtcare Setting	1ste lijnszorg, 2de lijnszorg	

Geselecteerde klinische vraag 2 voor review: *Welke technische onderzoeken zijn nodig voor differentiatie van chronische bacteriele porstatitis en*

Maarten

PIPOH-elementen	Inclusie criteria	Exclusie criteria
Patient/Population	Mannen met chronische urineweg en/of prostaatklachten	
Interventions	urinestaal, labo waarden, radiologisch onderzoek,...	
Professionals	Huisarts, uroloog	
Outcomes	diagnose chronische prostaatpijn	
Healtcare Setting	1ste lijnszorg, 2elijns zorg	

Geselecteerde klinische vraag 3 voor review: *welke alarmsignalen zijn er bij chronische prostaatklachten?*

Maarten

PIPOH-elementen	Inclusie criteria	Exclusie criteria
Patient/Population	Mannen met prostaatklachten	
Interventions	Anamnese, symptomen, urinestaal, labo waarden	
Professionals	Huisarts,	
Outcomes	doorverwijzing naar 2elijn, prostaat kanker, andere dringende	
Healtcare Setting	1ste lijnszorg,	

Geselecteerde klinische vraag 4 voor review: *Wat is de behandeling van chronische bacteriële prostatitis*

PIPOH-elementen	Inclusie criteria	Exclusie criteria
Patient/Population	Mannen met chronische bacteriële prostatitis	Mannen met enkel chronische prostaatpijn
Interventions	Specifieke behandeling (een specifiek antibioticum,...) voor	
Professionals	Huisarts, uroloog	
Outcomes	Verbetering van klachten (afname UPOINTS score, afname	
Healtcare Setting	1ste lijn ambulante zorg, 2de lijn ambulante zorg	

Geselecteerde klinische vraag 5 voor review: *Wat is de behandeling voor chronische prostaatpijn?*

PIPOH-elementen	Inclusie criteria	Exclusie criteria
Patient/Population	Mannen met chronische prostaatpijn	Mannen met enkel chronische bacteriële prostatitis
Interventions	Specifieke behandeling voor chronische prostatitis	
Professionals	Huisarts, uroloog, fysiotherapeut? psycholoog?	
Outcomes	Verbetering van klachten (afname UPOINTS score, afname	
Healtcare Setting	1ste lijn ambulante zorg, (2de lijn ambulante zorg)	

Stap 2: Zoek naar relevante richtlijnen en Belgische EBM publicaties

Geconsulteerde databank	Zoektermen	Aantal hits	Commentaar	Datum
G-I-N	Prostatitis, chronic prostatitis	1(0)	gaat over acute bacteriele	17-Mar-20
Guideline.gov	chronic prostatitis	23 (0)	enkel artikels waarvan het merendeel niet over chronische prostatitis	17-Mar-20
Evidence.nhs.uk	chronic prostatitis (fliter op guidlines	64 (4)	eerste 3 over chronische prostatitis; de rest acute prostatitis of andere	17-Mar-20
Trip Database	chronic prostatitis (fliter op guidlines	498 (2)	eerste 2 gaan over chronische prostatitis =hetzelfde als eerste 2 van	17-Mar-20
KCE	chronische prostatitis	3 (0)	enkel over psa, chirurgie en incontinentieforfaits	17-Mar-20
HGR-CSS	chronische prostatitis; prostatitis	33	vind hier niets duidelijk, kan ook niet echt aan deze zoekmachine uit	17-Mar-20
Minerva	(chronische) prostatitis	0 (0)		17-Mar-20
Farmaka	prostatitis	4 (0)	acute prostatitis+ LUTS klachten	17-Mar-20
Riziv	(chronische) prostatitis	0 (0)		17-Mar-20
Bcfi	chronische prostatitis	>10 (0)	geen enkele nuttig meeste gaan niet eens over prostatitis	17-Mar-20
Artsennet	chronische prostatitis	0 (0)	eerder opinie stukken enzo	17-Mar-20
Guidelinecentral	chronic prostatitis	3(0)	gaat over LUTS en over catheterisatie	17-Mar-20
CEBAM	chronische prostatitis	48(1?)	1 over chronisch prostatitis; datis de richtlijn die we vertalen dus zou ik n	17-Mar-20
Uroweb	prostatitis	1 (1)	1 gevonden biij guidlines: bacteriele infecties: praat over Chronische pro	17-Mar-20
NIH	prostatitis (binnen health information	12 (1)	algemenne informatie	17-Mar-20
NHG	prostatitis	5(2?)	geen overchronische zelf maar wel in andere verwerkt; de eerste 2 lijken	17-Mar-20
pubmed	chronic prostatitis	6(2)	veel niet beschikbaar voor mij	06/04/2020

Stap 3: Screen gevonden richtlijnen

	Richtlijntitel/titel Belgische EBM-informatie	Organisatie	Land	Publicatie-jaar	Url of link document	Periode waarin naar literatuur werd gezocht	Evaluatie			
							Bron geselecteerd	Bron uitgesloten	Reden voor exclusie	Commentaar
Totaal:							**0**	**0**		
	Chronic Bacterial Prostatitis	Dynamed		update 2019	/ww-dynamed-com.gateway2.cdlh.be/condition/chronic-bacterial-prostatitis		x	0		CDLH
	prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a consensus guideline	BJUI	UK	2015	-nih-gov.kuleuven.ezproxy.kuleuven.be/pmc/articles/PMC5008168	999- 07/02/2014	x	0		
	Guidelines on Urological Infections	Association of	europe?	aangepsat in	https://uroweb.org/guideline/urological-infections/#1	01/02/2019	x	0		enkel een onderdeel hiervan
	Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome	Dynamed		update 2020	ned-com.gateway2.cdlh.be/condition/chronic-prostatitis-chronic-pelvic-pain-syndron		x	0		CDLH
	Guidelines on chronic pelvic pain	Association of	europe?	2015	s://uroweb.org/wp-content/uploads/25-Chronic-Pelvic-Pain_LR_ful	07/2011	0	x	gaat amper over chronische prostatitis	
	NHG-Standaard Urineweginfecties	nhg	nederland	2013	://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-urineweginfe	??	0	x	niet nuttig	
	CONSENSUS REPORT FROM THE FIRST NATIONAL INSTITUTES	NIH	USA	1999	f2SYnWQ%2BjFiW7x8ixeRAkMYpbvsFJGmETUJ%2B0%2BZtO%2FEatXpnS1%2FbFTrM		0	x	consesnus+, oud	
	NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen	nhg	nederland	2013-	ww.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-mictieklachten-bij-mannen		0	x	niet nuttig	
	Prostatitis	CUA	Canada	2011	://www.cua.org/themes/web/assets/files/guidelines/en/1121_1	1949/1979-	0	x	conflict of interest+ oude studie (2011)	

STAP 4.1 Beoordeel geselecteerde richtlijnen met AGREE II

RICHTLIJN TITEL:				Chronic Bacterial Prostatitis (Dynamed)
	Item	**Maarten**	**Vincent**	**major remarks**
Scope and purpose	1	1	1	Niet beschreven
	2	3	1	Niet te vinden
	3	3	3	Geen duidelijke afbakening, enkel prostatitis voor meer dan 3 maanden
TOTAAL /21		**7**	**5**	
Stakeholder involvement	4	5	4	Niet alle nuttige zorgverleners zijn beschreven
	5	1	1	Niet beschreven
	6	1	1	Niet beschreven
TOTAAL /21		7	6	
Rigour of development	7	5	5	Enkel een medline search aanwezig
	8	1	1	Niet beschreven
	9	4	4	Dynamed level. Maar verder geen bespreking
	10	6	5	Grade level
	11	5	4	Aspect kosten zou in GRADE aanbeveling verwerkt zijn. Maar geen transparantie hierover
	12	7	7	Aanwezig
	13	1	1	Niet aanwezig
	14	3	3	Er worden updates gedaan maar geen duidelijke procedure
TOTAAL /56		32	30	
Clarity and presentation	15	6	7	
	16	7	7	
	17	4	4	Recommendations aanwezig maar niet heel zichtbaar
TOTAAL /21		17	18	
Applicability	18	2	4	Eenmalig: uitleg over de glass test
	19	5	5	Eenmalig: uitleg over de glass test
	20	1	1	Niet aanwezig
	21	1	1	Niet aanwezig
TOTAAL /28		9	11	
Editorial independence	22	5	7	aanwezig, niet transparant
	23	5	4	aanwezig, niet transparant
TOTAAL /14		10	11	
OVERALL ASSESSMENT		3	4	**REMARKS**
Strongly recommend				
Recommend (with provisos / alterations)				
Would not recommend		**x**	X	**Recommendations aanwezig maar transparantie ontbreekt**
Unsure				

RICHTLIJN TITEL:				Diagnosis and treatment of chronic bacterial prostatitis and chronic prostatitis/chronic
	Item	**Maarten**	**Vincent**	**major remarks**
				Twee aparte artikels beschikbaar. Het oudste heeft meeste achtergrondinformatie
Scope and purpose	1	7	7	
	2	1	1	Niet aanwezig
	3	7	7	Duidelijk uitgelegd
TOTAAL /21		15	15	
Stakeholder involvement	4	6	7	
	5	3	1	Er zou een pt vertegenwoordiger mee hebben geholpen. Rol onduidelijk in proces
	6	7	7	professsionals treating patients with CBP and CP/CPPS in both no-specialist and specialist settings
TOTAAL /21		16	15	
Rigour of development	7	7	7	Protocol aanwezig
	8	6	6	in en exclusiecriteria gegven maar geen reden waarom
	9	3	5	Beoordeling aanwezig maar geen transparantie
	10	7	7	PERG en Delphi panel uitleg
	11	1	1	Niet beschreven
	12	5	5	Zeer gelimiteerd wetenschappelijk bewijs
	13	1	1	Niet beschreven
	14	3	3	Ja maar niet gedaan. 'review in 2017'
TOTAAL /56		33	35	
Clarity and presentation	15	6	7	Goed weergegeven
	16	7	7	goed weergegeven
	17	6	6	Zichtbaar maar geen samenvatting
TOTAAL /21		19	20	
Applicability	18	5	5	Nood aan Delphi panel beschreven
	19	4	5	Geen pt richtlijn
	20	2	1	uate the cost impact and effectiveness of interventions to treat CBP and CPPS to help inform future cases for
	21	1	2	Kleine sectie follow-up
TOTAAL /28		12	13	
Editorial independence	22	7	7	Enkel fund van pcuk
	23	5	5	Niet uitgelegd hoe ze dit gedaan hebben
TOTAAL /14		12	12	
OVERALL ASSESSMENT		4	5	**REMARKS**
Strongly recommend				
Recommend (with provisos / alterations)			X	Goede opzet maar consensus guideline dus slechte wetenschappelijke onderbouwing
Would not recommend		x		
Unsure				

RICHTLIJN TITEL:				Guidelines on chronic pelvic pain (EAU)
	Item	Maarten	Vincent	major remarks
Scope and purpose	1	7	7	
	2	3	3	
	3	3	4	Afhankelijk van het hoofdstuk, soms beschreven
TOTAAL /21		13	14	
Stakeholder involvement	4	6	6	Geen huisarts in de werkgroep
	5	3	2	ep bevatte ook 1 patiënt, wat niet veel is voor zo'n diverse richtlijn
	6	7	7	
TOTAAL /21		16	15	
Rigour of development	7	6	6	Goede methode
	8	2	1	Niet gevonden
	9	7	7	grade method+ level of evidence
	10	5	7	
	12	3	5	kingen en ook kosten zijn onderzocht. Vaak heel kort besproken
	13	7	6	
	14	3	5	Peer reviewed, maar ,niet wie
		3	6	Geen procedure maar wel een jaarlijkse review
TOTAAL /56		36	43	
Clarity and presentation	15	5	7	
	16	6	7	
	17	7	7	heel duidelijk weergeven
TOTAAL /21		18	21	
Applicability	18	4	4	
	19	4	5	Aanwezigheid van algoritmes
service redesign	20	4	5	
	21	6	7	
TOTAAL /28		18	21	
Editorial independence	22	7	7	
	23	7	7	
TOTAAL /14		14	14	
OVERALL ASSESSMENT		5	7	**REMARKS**
Strongly recommend			X	**Goede richtlijn**
Recommend (with provisos / alterations)		X		
Would not recommend				
Unsure				

RICHTLIJN TITEL:				Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome (dynamed)
	Item	Maarten	Vincent	major remarks
Scope and purpose	1	1	1	Niet beschreven
	2	1	1	Niet beschreven
	3	1	1	Niet beschreven
TOTAAL /21		3	3	
Stakeholder involvement	4	1	1	Niet gevonden
	5	1	1	Niet gevonden
	6	1	1	Niet gevonden
TOTAAL /21		3	3	
Rigour of development	7	6	5	Enkel een Medline search
	8	1	4	
	9	7	3	Dynamed level. Maar verder geen bespreking
	10	3	6	Grade systeem
	11	4	3	Er wordt eenmalig gepraat over nevenwerkingen van medicatie (NSAIDS)
	12	7	6	
	13	1	1	Niet gevonden
	14	3	3	Updates, maar geen procedure
TOTAAL /56		32	31	
Clarity and presentation	15	5	7	
	16	7	7	
	17	3	4	Recommendations aanwezig maar niet heel zichtbaar
TOTAAL /21		15	18	
Applicability	18	3	3	Meares-stamey 4 glass test
	19	5	6	Patientenfolder aanwezig
	20	1	1	
	21	1	1	
TOTAAL /28		8	11	
Editorial independence	22	7	7	
	23	5	5	Niet duidelijk waarom
TOTAAL /14		12	12	
OVERALL ASSESSMENT		4	4	**REMARKS**
Strongly recommend				
Recommend (with provisos / alterations)				
Would not recommend		x	X	**Recommendations aanwezig maar transparantie ontbreekt**
Unsure				

RICHTLIJN TITEL: Urological Infections (EAU)

	Item	Maarten	Vincent	major remarks
Scope and purpose	1	7	7	Eerste hoofdstuk wordt dit besproken
	2	5	6	
	3	2	4	ıe prevention and treatment of urinary tract infections (UTIs) and male accessory gland infections
TOTAAL /21		14	17	
Stakeholder involven	4	7	5	Geen huisarts in werkgroep
	5	3	4	De recommendations zouden ook deels gebaseerd zijn op pt preference. Niet duidelijk
	6	7	7	Medical professionals
TOTAAL /21		17	16	
Rigour of developmer	7	5	7	Onder 'methods'
	8	2	7	Beschikbaar op uroweb
	9	7	1	Niet gevonden
	10	6	7	
	11	4	2	Niet duidelijke vermeld
	12	7	6	
	13	3	5	Peer reviewed, maar verder niet duidelijk wie dit zijn
	14	3	6	Geen procedure maar wel jaarlijkse review
TOTAAL /56		37	41	
Clarity and presentati	15	6	7	
	16	6	7	
	17	7	7	
TOTAAL /21		18	21	
Applicability	18	1	1	
	19	3	5	Aanwezigheid van algoritmes
	20	1	2	Enkel bij cystitis hoofdstuk wordt gepraat over kosten
	21	7	7	Follow-up hoofdstukken
TOTAAL /28		12	15	
Editorial independen	22	7	7	
	23	7	7	
TOTAAL /14		14	14	
OVERALL ASSESSMENT		5	6	**REMARKS**
Strongly recommend		**X**	X	**Goede richtlijn**
Recommend (with provisos / alterations)				
Would not recommend				
Unsure				

Stap 4: beoordeling van Duodecim richtlijn

	Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling		
	Aanbevelingen uit de bronguideline (noteer hier enkel de kernboodschappen/praktijkadviezen; geen randinformatie - deze kan in het apart tabblad worden genoteerd)	Grade of recommendation vermeld in de bronguideline	Niveau van evidentie vermeld in de bronguideline
Klinische vraag 1: wat zijn Klinische tekens van chronische prostatitis?	Urinaire klachten Bemoeilijke mictie, branderig gevoel bij urineren, een gevoel van onvolledige lediging van de blaas	niet gegeven	niet gegeven
	Pijnlijk gevoel in de onderbuik, scrotum, perineum, eikel, of binnenkant van de dijen	niet gegeven	niet gegeven
	Gevoel van druk in het perineum, de anus of vlak voor de anus	niet gegeven	niet gegeven
	Pijnlijke ejaculatie	niet gegeven	niet gegeven
	Soms bloederig sperma	niet gegeven	niet gegeven
	Verminderd libido	niet gegeven	niet gegeven
	erectiele disfunctie	niet gegeven	niet gegeven
	Verzachte prostaat bij digitaal onderzoek	niet gegeven	niet gegeven
Klinische vraag 2: Welke technische onderzoeken zijn nodig voor differentiatie van chronische bacteriële prostatitis en chronische prostaatpijn?	Normale urinetestresultaten	niet gegeven	niet gegeven
Klinische vraag3: welke alarmsignalen zijn er bij chronische prostaatklachten.	acute prostatitis	niet gegeven	niet gegeven
Klinische vraag 4: Wat is de behandeling van chronische bacteriële prostatitis	Zie vincent		
Klinische vraag 5: Wat is behandelingen voor chronische prostaatpijn	Zie vincent		

Stap 4.3. waardeer aanbevelingen op samenhang			
Is de zoekstrategie consistent met de klinische vraag?	Is er consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs deze interpreteren en samenvatten?	Is er consistentie tussen de samenvatting van de evidence en de formulering van de aanbeveling?	Opmerkingen?
Geen vraag gevonden	geen info over gevonden	geen info over gevonden	
//	//	//	
//	//	//	
//	//	//	
//	//	//	
//	//	//	
//	//	//	
//	//	//	
//	//	//	
Geen vraag gevonden	geen info over gevonden	geen info over gevonden	

Stap 4.4. waardeer aanbevelingen op courantheid			
Is alle belangrijke evidence geciteerd in de richtlijn? (Vermeld kort dewelke)	Zo niet, welke recente referenties (systematische reviews, RCT,…) zouden bij eventuele adaptatie in aanmerking moeten genomen worden?	Welke PICO-elementen heb je gebruikt voor je zoektocht?	Bijkomende opmerkingen?
Geen	11 Painful Bladder Filling and Painful Urgency Are Distinct Characteristics in Men and Women with Urologic Chronic Pelvic Pain Syndromes – A MAPP Research Network Study	P: men I: Lower Urinary Tract Symptoms"[Mesh] C: no symptoms O("Prostatitis"[Mesh])"	meeste van deze artikels beschrijven:" iemand met cpps heeft deze klachten ; geen diagnostische informatie over de klacht zelf: "de klacht is een goede waarde ter diagnose van CPPS" => zelden zijn deze artikels bruikbaar voor diagnose zelf.
//		P: men I: Pelvic Pain"[Mesh] C: no symptoms	
//		I: Pelvic Pain"[Mesh] C: no symptoms O("Prostatitis"[Mesh])"	
//			
//			
//	12 Prevalence of sexual dysfunction in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a meta-analysis Hong-Jun Li 1, De-Ying Kang 2	P: men I: ("Ejaculation"[Mesh]) C: no symptoms O("Prostatitis"[Mesh])"	
//	13 The Effect of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome (CP/CPPS) on Erectile Function: A Systematic Review and Meta-Analysis Xiang Chen 1, ZhiRui Zhou 2, XiaoChun	P: men I: ("Ejaculation"[Mesh])/Lower Urinary Tract Symptoms"[Mesh] C: no symptoms O("Prostatitis"[Mesh])"	
//	14 Anorectal and Pelvic Pain Adil E Bharucha 1, Tae Hee Lee 2	P: men I: Pelvic Pain"[Mesh] C: no symptoms O("Prostatitis"[Mesh])"	gewone literatuur search geen systemic revieuw anorectale pijn is geen meshterm
//	15 Prostatitis and Chronic Pelvic Pain Syndrome in Men Author links open overlay panelNaji J.ToumaMD, 16 Chronic prostatitis and chronic pelvic pain in men: aetiology, diagnosis and management CA Lu 17	P me, with urinary tract symptomsI: unrinal	geen rechtstreekse hits
Geen	16 Urologic chronic pelvic pain syndrome: insights from the MAPP Research Network J. Quentin Clemens, Chris Mullins, [...], and J. Richard Landis 17 Common Questions About Chronic Prostatitis 18 Chronic Pelvic Pain Sharon L.SteinMD 19 Prostatitis and Chronic Pelvic Pain Syndrome in Men	P: men with lower urinary tract symptoms I: Diagnostic criteria C: O: outcome other than prostatitis ("Diagnosis, Differential"[Mesh]) AND "Prostatitis"[Mesh]	

Stap 4.5. waardeer aanbevelingen op toepasbaarheid	
Is de aanbeveling toepasbaar in de Belgische zorgcontext ?	Zo niet, waarom?
nee	Dit zijn symptomen waar geen enkele bewijskracht op zit. ik vind hier weinig tot geen relevante studie over. Dit kan niet dienen als bewijskracht. en dus ook niet als aanrader wel, kan het de syymptoom diagnose aantonen.
//	
//	
//	
//	
//	
//	
//	
//	
Nee	zeer onvolledig

Stap 4 beoordeling van de gescreende richtlijn: “Guidelines on Chronic Pelvic Pain” gepubliceerd door EAU.

	Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling		
	Aanbevelingen uit de bronguideline (noteer hier enkel de kernboodschappe	Grade of recommendation vermeld in	Niveau van evidentie vermeld in
Klinische vraag 1: wat zijn Klinische tekens van chronische prostatitis?	The early assessment of patients with CPP should involve investigations aimed at specific disease-associated pelvic pain.	Strong	level of evidenc 3-5?
	Adapt diagnostic procedures to the patient.	strong	Level of evidence 3? 5?
	Use a validated symptom and quality of life scoring instrument	strong	level of evidence 2B
	Assess prostate pain syndrome associated negative cognitive, behavioural, sexual, or emotional consequences, as well as symptoms of lower urinary tract and sexual dysfunctions	strong	level of evidence 2B
	Screen patients presenting with symptoms suggestive for chronic pelvic pain syndrome for abuse, without suggesting a causal relation with the pain.	weak	level of evidence 2B
	Assess patient psychological distress in relation to their pain.	Strong	2B?
	Ask patients what they think is the cause of their pain to allow the opportunity to inform and reassure.	strong	geen
Klinische vraag 2: Welke technische onderzoeken zijn nodig voor differentiatie van chronische bacteriële prostatitis en chronische prostaatpijn?	geen specifieke aanbeveling gevonden (The early assessment of patients with CPP should involve investigations aimed at specific disease-associated pelvic pain?)	/	/
Klinische vraag 3: welke alarmsignalen zijn er bij chronische prostaatklachten.	Take a full history and evaluate to rule out a treatable cause in all patients with chronic pelvic pain.	strong	/
	Exclude specific diseases with similar symptoms.	strong	grade 2A
Klinische vraag 4: Wat is de behandeling van chronische bacteriële prostatitis	zie vincent		
Klinische vraag 5: Wat is de behandelingen voor chronische prostaatpijn	zie vincent		

Stap 4.3. waardeer aanbevelingen op samenhang			
Is de zoekstrategie consistent met de	Is er consistentie tussen de geselecteerde	Is er consistentie tussen de samenvatting v	Opmerkingen?
Er is geen specifieke klinische vraag gesteld er kan dus geen zoekstrategie conform de vraag gesteld worden	staat wel duidelijk beschreven -in het begin van deel diagnose 4.1	nee, er is geen samenvattende evidentie gegeven	is eigenlijk upoints
Er is geen specifieke klinische vraag gesteld er kan dus geen zoekstrategie conform de vraag gesteld worden	staat niet beschreven in tekst, niet ho, niet waarom...	geen evidentie over./ Weeral snap ik het principe, maar dit is niet echt evidence basded.	
Er is geen specifieke klinische vraag gesteld er kan dus geen zoekstrategie conform de vraag gesteld worden	staat beschreven in tekst onder deel ,4.2.1.	komt overeen met de summary	
Er is geen specifieke klinische vraag gesteld er kan dus geen zoekstrategie conform de vraag gesteld worden	beschreven 4.1.1.1	komt overeen met de summary	
Er is geen specifieke klinische vraag gesteld er kan dus geen zoekstrategie conform de vraag gesteld worden	staat in de tekst	de aanbevelingen gelinkt aan dit punt bespreken sexualiteit; niets word er gezegd over aanranding, abuse .... Deze aanmelding komt uit het niets en slaat verijwel nergens op	ik zou deze er uitlaten. wel ergens in een tekst aanhalen dat er mogelijks een link is maar er zeer geen recommendatie van maken
Er is geen specifieke klinische vraag gesteld er kan dus geen zoekstrategie conform de vraag gesteld worden	wordt zeker aangehaald in de tekst, uitvoerig besproken	evidence en recomendatieon spreken elkaar tegen: we moeten nagaan of er distress is maar er is grade 2b evidentie dat distress en pijn niet gelinkt zijn. behoorlijk vreemd voor een sterke recomendatie.	beetje vreeld
Er is geen specifieke klinische vraag gesteld er kan dus geen zoekstrategie conform de vraag gesteld worden	wordt zeker aangehaald in de tekst, uitvoerig besproken	er is hier geen samenvattende evidentie voor gegeven. weer vind ik dit raar voor een sterke recommendatie. Ik snap het principe hier achter, maar ik zou het hoogsstens een zwakke recommendatie geven.	maximaal een zwakke recommendatie
Er is geen specifieke klinische vraag gesteld er kan dus geen zoekstrategie conform de vraag gesteld worden	/	/	/
/	/	/	/
Er is geen specifieke klinische vraag gesteld er kan dus geen zoekstrategie conform de vraag gesteld worden	staat reeds vroeg beschreven in diagnose deel van de tekst	komt overeen (upoint)	er is echter weinig concreet bewijs meeste bewijs komt van Evidence obtained from well-designed controlled trials without randomization

Stap 4.4. waardeer aanbevelingen op courantheid			
Is alle belangrijke evidence geciteerd in de	Zo niet, welke recente referenties (systemati	Welke PICO-elementen heb je gebruikt voor je zoektocht?	
7 Visceral pain. Br J Anaesth, 8 Clinical courses following acute bacterial prostatitis. 9 Diagnostic criteria, classification, and nomenclature for painful bladder	F Classification and treatment of men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome using the UPOINT system Daniel A Shoskes 1	P: men I: urinary tract symptoms C: no urinary tract symptoms O: Prostatits	7 redelijk oude studie 8: goede, observationele studie hebben geen confounders eruit gehaald; en hebben niet vergeleeken met juiste groep 9: niet relevant gaat over Bladder pain
10 Identification of diagnostic subtypes of chronic pelvic pain and how subtypes differ in health status and trauma history.	/	/	
11Fenton, B.W. Measuring quality of life in chronic pelvic pain syndrome 12 Non-urological syndromes and severity of urological pain symptoms: Baseline evaluation of the national institutes of health multidisciplinary approach to pelvic pain study. 13 Chronic pelvic pain. Best Pract Res 14 Core outcome domains for chronic	G Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a review of evaluation and therapy A S Polackwich & D A Shoskes	P: men I: chronic prostatitis (Prostatitis"[Mesh]) C: no CPP O: quality of life ("Quality of Life"[Mesh])	NIH Chronic Prostatitis Symptom Index (CPSI),
20Increased risks of healthcare-seeking behaviors of anxiety, depression and insomnia among patients with bladder pain syndrome/interstitial cystitis: a nationwide population-based study 21 Childhood victimization and pain in adulthood: a prospective investigation. 22 Association between chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome			geen resultaten
28 The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology 29 .A history of sexual abuse and health: a Nordic multicentre study 30.Psychiatric diagnoses and sexual	H Assessing psychological factors, social aspects and psychiatric co-morbidity associated with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome (CP/CPPS) in men — A systematic review☆ Author links open overlay panelBiörnRiegela1Christian	P: men I: chronic prostatitis (Prostatitis"[Mesh]) C: no CPP O: quality of life ("Quality of Life"[Mesh])	
36. Psychological aspects of chronic pelvic pain. 37 . Association between chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and anxiety disorder: a population-based study. 38 . Predictors of pain, urinary	H Assessing psychological factors, social aspects and psychiatric co-morbidity associated with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome (CP/CPPS) in men — A systematic review☆ Author links open overlay panelBiörnRiegela1Christian	P: men I: chronic prostatitis (Prostatitis"[Mesh]) C: no CPP O: quality of life ("Quality of Life"[Mesh])	
39Patient beliefs about pain diagnosis in chronic pelvic pain: relation to pain experience, mood and disability. 40 Women's Perspectives on their Experiences of Chronic Pelvic Pain and Medical Care. 41 Catastrophizing and pain-contingent		/	/
/	C Adil E Bharucha 1, Tae Hee Lee 2 Anorectal and Pelvic Pain J Urologic chronic pelvic pain syndrome: insights from the MAPP Research Network J. Quentin Clemens, Chris Mullins, [...], and J. Richard Landis K Common Questions About Chronic Prostatitis	P: men with lower urinary tract symptoms I: Diagnostic criteria C: O: outcome other than prostatitis ("Diagnosis, Differential"[Mesh]) AND "Prostatitis"[Mesh]	/
/			
34 . Understanding inflammatory pain: ion channels contributing to acute and chronic nociception. 35 Is a sexual dysfunction domain important for quality of life in men with urological chronic pelvic pain syndrome? Signs "UPOINT" to yes.	J /Classification and treatment of men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome using the UPOINT system Daniel A. Shoske	/	/

Stap 4.5. waardeer aanbevelingen op toepasbaarheid	
Is de aanbeveling toepasbaar in de Belgis	Zo niet, waarom?
Ja maar; duidelijk gemaakt dat dit symptor	chronische prostatitis is eerder een uitsluitingsdiagnose in combinatie met een symptoom diagnose. er zijn geen tests die dit kunnen diagnosticeren enkel andere specifieke ziektes uitsluiten
ja	
ja	het belang is vooral het verlies in QOL, er is weinig tot geen gevaar => hierop is behandeling gericht
ja	
ja	
ja	is in principe ICE bevragen; ik zou dat hier wel bij aanhalen
/	/
ja	./

Stap 4 beoordeling van de gescreende richtlijn: “Guidelines on urological infections” gepubliceerd door EAU.

	Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling		
	Aanbevelingen uit de bronguideline (noteer hier enkel de kernboodschappen/praktijkadviezen; geen randinformatie - deze kan in het apart tabblad worden genoteerd)	Grade of recommendation vermeld in de bronguideline	Niveau van evidentie vermeld in de bronguideline
Klinische vraag 1: wat zijn Klinische tekens van chronische prostatitis?	Geen rechtstreekse aanbeveling voor gevonden	/	/
Klinische vraag 2: Welke technische onderzoeken zijn nodig voor differentiatie van chronische bacteriële prostatitis en chronische prostaatpijn?	Perform accurate microbiological evaluation for atypical pathogens such as Chlamydia trachomatis or Mycoplasmata in patients with chronic bacterial prostatitis (CBP).	Weak	level of evidence 2b
	Perform the Meares and Stamey 2- or 4-glass test in patients with CBP.	Strong	level of evidence 2b
	Perform transrectal ultrasound in selected cases to rule out the presence of prostatic abscess.	Weak	level of evidence 3 ?
	Do not routinely perform microbiological analysis of the ejaculate alone to diagnose CBP.	Weak	level of evidence 3
Klinische vraag 3: welke alarmsignalen zijn er bij chronische prostaatklachten.	geen aanbeveling over gevonden	/	/
Klinische vraag 4: Wat is de behandeling van chronische bacteriële prostatitis	Zie vincent		
Klinische vraag 5: Wat is behandelingen voor chronische prostaatpijn?	Zie vincent		

Stap 4.3. waardeer aanbevelingen op samenhang			
Is de zoekstrategie consistent met de klinische vraag?	Is er consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs deze interpreteren en samenvatten?	Is er consistentie tussen de samenvatting van de evidence en de formulering van de aanbeveling?	Opmerkingen?
Er is geen specifieke klinische vraag gesteld er kan dus geen zoekstrategie conform de vraag gesteld worden	/	/	
Er is geen specifieke klinische vraag gesteld er kan dus geen zoekstrategie conform de vraag gesteld worden	komt letterlijk uit hun tekst	aanbevelingen en summary komen overeen	
Er is geen specifieke klinische vraag gesteld er kan dus geen zoekstrategie conform de vraag gesteld worden	komt letterlijk uit hun tekst	aanbevelingen en summarty komen overeen	
Er is geen specifieke klinische vraag gesteld er kan dus geen zoekstrategie conform de vraag gesteld worden	er staat nergens iets van selected ccases; het is niet duidelijk waar dit vandaan komt.	nee: spreken elkaar tegen: er is geen evidentie om transrectale ultrasound te doen maar toch zou dit in selecte gevallen moeten gebeuren	waarom is er tegenstrijdige aanbeveling?
Er is geen specifieke klinische vraag gesteld er kan dus geen zoekstrategie conform de vraag gesteld worden	staat letterlijk in de tekst	aanbevelingen en summarty komen overeen	
/	/	/	/

Stap 4.4. waardeer aanbevelingen op courantheid			
Is alle belangrijke evidence geciteerd in de richtlijn? (Vermeld kort dewelke)	Zo niet, welke recente referenties (systematische reviews, RCT,…) zouden bij eventuele adaptatie in aanmerking moeten genomen worden?	Welke PICO-elementen heb je gebruikt voor je zoektocht?	Bijkomende opmerkingen?
/	/	/	/
bacterial prostatitis. Clin Infect Dis, 2010. 50: 1641. 276 . Skerk, V., et al. The role of unusual pathogens in prostatitis syndrome. Int J Antimicrob Agents, 2004. 24 Suppl 1: S53.	"16 " Prostatitis: diagnosis and treatment Victoria J Sharp 1, Elizabeth B Takacs, Charles R Powell	("Diagnosis, Differential"[Mesh]) AND "Prostatitis"[Mesh]	
in bacterial prostatitis and urethritis 275: Value of semen culture in the diagnosis of chronic bacterial prostatitis: a simplified method	17 How does the pre-massage and post-massage 2-glass test compare to the Meares-Stamey 4-glass test in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome?	("Diagnosis, Differential"[Mesh]) AND "Prostatitis"[Mesh]	zoeken op urinalysis geeft geen artikels
290.Ultrasonographic findings in prostatitis.	18 Prostatitis: diagnosis and treatment Victoria J Sharp 1, Elizabeth B Takacs, Charles R Powell "		("Prostatitis"[Mesh]) AND "Ultrasound, High-Intensity Focused, Transrectal"[Mesh]: geen hits gevonden..... vreemd
diagnosis of chronic bacterial prostatitis: a simplified method 274 Semen and urine culture in the diagnosis of chronic bacterial prostatitis.	16 Prostatitis: diagnosis and treatment Victoria J Sharp 1, Elizabeth B Takacs, Charles R Powell " 19 The Effect of Chronic Bacterial Prostatitis on Semen Quality in Adult Men:	("Diagnosis, Differential"[Mesh]) AND "Prostatitis"[Mesh] (("Prostatitis"[Mesh]) AND "Semen Analysis"[Mesh]	
/			

Stap 4.5. waardeer aanbevelingen op toepasbaarheid	
Is de aanbeveling toepasbaar in de Belgische zorgcontext ?	Zo niet, waarom?
/	/
("Prostatitis"[Mesh]) AND "Urinalysis"[Mesh]: https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11255-019-02313-z	
"Prostatitis"[Mesh]) AND "Urinalysis"[Mesh]: geen hits	
ja	om het niet te doen
/	geen aanbeveling

Stap 5 adaptatie van de Duodecim richtlijn

		BESLUIT				
	Aanbeveling uit de Duodecim guideline	Aanbeveling adapteren ? ja / neen	Richtlijn/EBM-informatie geselecteerd voor adaptatieproces [Vermeld hier de bronnen/referenties waarmee je rekening hebt gehouden bij je besluit om al dan niet te adapteren.]	Commentaar - toelichting bij gemaakte keuzes	Geadapteerde aanbeveling	GRADE
Klinische vraag 1: wat zijn Klinische en anamnestische tekens van chronische prostatitis?	Urinaire klachten. Bemoeilijke mictie, brandend gevoel bij urineren, een gevoel van onvolledige lediging van de blaas	ja	12 Prevalence of sexual dysfunction in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a meta-analysis Hong-Jun Li 1, De-Ying Kang 2		denk bij mannen met persisterende <3maand durende urinaire klachten, pelviene pijn of seksuele klachten aan chronische prostatitis => deze verschillende aanbevelingen samenvoegen tot één algehele	3: expert opinion
	Pijnlijk gevoel in de onderbuik, scrotum, perineum, eikel, of binnenkant van de dijen		13 The Effect of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome (CP/CPPS) on Erectile Function: A Systematic Review and Meta-Analysis Xiang Chen 1, ZhiRui Zhou 2, XiaoChun Qiu 3, Bin Wang 4, JiCan Dai 1			
	Gevoel van druk in het perineum, de anus of vlak voor de anus		14 Anorectal and Pelvic Pain Adil E Bharucha 1, Tae Hee Lee 2			
	Pijnlijke ejaculatie					
	bloederig sperma					
	Verminderd libido					
	erectiele disfunctie					
	Verzachte prostaat bij digitaal onderzoek	nee?	14 Anorectal and Pelvic Pain Adil E Bharucha 1, Tae Hee Lee 2 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30648827/ ???	geen studies	perform PPA and analyse expressed prostatic secretions?	expert opinion
	Use a validated symptom and quality of life scoring instrument	ja	11 Fenton, B.W. Measuring quality of life in chronic pelvic pain syndrome 12 Non-urological syndromes and severity of urological pain symptoms: Baseline evaluation of the national institutes of health multidisciplinary approach to pelvic pain study. 13 Chronic pelvic pain. Best Pract Res 14 Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. h		MAAK GEBRUIK VAN GEVALIDEERDE SYMPTOOM EN QUOLITY OF LIFE VRAGEN LUSTEN ZOALS DE NIH-CPSI questionaire om de impact in kaart te brengen	level of evidence 2B
	Assess prostate pain syndrome associated negative cognitive, behavioural, sexual, or emotional consequences, as well as symptoms of lower urinary tract and sexual dysfunctions	ja? 2e deel niet (rood dit komt overeen met eerste aanrading)	20Increased risks of healthcare-seeking behaviors of anxiety, de	https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/somatisch-onverklaarde-verklaarde-lichamelijke-klachten-solk	ga negatieve cognitie, emoties en (sexueel)gedragingen na SCEGS	level of evidence 2B
	Screen patients presenting with symptoms suggestive for chronic pelvic pain syndrome for abuse, without suggesting a causal relation with the pain.	nee?	28 The enduring effects of abuse and related adverse experience	veel, bijna alle studies hiervan gaan over CPPS bij vrouwen. Weinig tot geen over mannen met CPPS. gezien de situatie bij mannen en vrouwen hier heel anders is zou ik dit niet overnemen maar wel zeker aanbrengen.	ga na of er spraken is van emotioneel of sexueel abuse	level of evidence 2B
	Assess patient psychological distress in relation to their pain.	ja	36. Psychological aspects of chronic pelvic pain. 37 . Al		ga de psychologische impact van de chronische pijn na (zit mee in de guidline voor QOL)	level of evidence 2B
	Ask patients what they think is the cause of their pain to allow the opportunity to inform and reassure.	zeker	39Patient beliefs about pain diagnosis in chronic pelvic pain: rela	ICE.	bevraag ideën, angsten en verwachtingen omtrent de klachten.	3: expert opinion
Klinische vraag 2: Welke technische onderzoeken zijn nodig voor differentiatie van chronische bacteriële prostatitis en chronische prostaatpijn?	Normale urinetestresultaten	ja	15 Prostatitis and Chronic Pelvic Pain Syndrome in Men Author links open overlay panelNaji J.TournaMD,		?	level of evidence: 2B
	Perform the Meares and Stamey 2- or 4-glass test in patients with CBP.	ja?	and urethritis 275 Value of semen culture in the diagnosis of chronic bacterial prostatitis: a simplified method 274 Semen and urine culture in the diagnosis of chronic bacterial prostatitis. 289 How does the pre-massage and post-massage 2-glass test compare to the Meares-Stamey 4-glass test in men with chronic		ja	level of evidence: 2B
	Do not routinely perform microbiological analysis of the ejaculate alone to diagnose CBP.	ja?	275 Value of semen culture in the diagnosis of chronic bacterial prostatitis: a simplified method 274 Semen and urine culture in the diagnosis of chronic bacterial prostatitis.		ja	level of evidence: 2B
Klinische vraag 3 welke alarmsignalen zijn er bij chronische prostaatklachten	acute prostatitis	nee	16 Urologic chronic pelvic pain syndrome: insights from the MAPP Research Network J. Quentin Clemens, Chris Mullins, […], and J. Richard Landis 17 Common Questions About Chronic Prostatitis 18 Chronic Pelvic Pain Sharon L.SteinMD 19 Prostatitis and Chronic Pelvic Pain Syndrome in Men Author links open overlay panelNaji J.TournaMD,	niet breed genoeg meoet aangepast worden als een algemenere aanbeveling	Exclude specific diseases with similar symptoms like: acute prostatitis, chronic bacterial prostats, prostate cancer, LUTS...	3: expert opinion
	Exclude specific diseases with similar symptoms.	ja	geen studies hier rechtstreeks over			
Klinische vraag 4: Wat is de behandeling van chronische bacteriële prostatitis	Zie vincent					
Klinische vraag 5:Wat is de behandelingen voor chronische prostaatpijn	Zie vincent					

Stap 7: Implementatie van de geselecteerde richtlijnen

	Oorspronkelijke aanbeveling uit de Duodecim guideline	Nieuwe (al dan niet) geadapteerde aanbeveling	Vermelden de weerhouden richtlijnen het niveau van bewijskracht (level of evidence) van de aanbeveling? Ja/Nee? Zo ja, welk (hoog, laag, matig)? *Indien niveau beschikbaar, ga rechtstreeks naar kolom H*	Zo niet, welke studies onderbouwen de aanbeveling?	Zeg iets over de kwaliteit van het bewijs van deze studies, meer bepaald: - zijn er beperkingen in studiedesign (risico op bias)? - zijn de resultaten inconsistent? - betreft het een indirect bewijs? - zijn de resultaten onnauwkeurig? (o.a. brede BI) - is er vermoeden van publicatiebias? - is het gemeten effect groot of klein? - is er een rechtstreeks verband tussen interventie en respons?
Klinische vraag 1: wat zijn Klinische tekens van chronische prostatitis?	Urinaire klachten Bemoeilijke mictie, branderig gevoel bij urineren, een gevoel van onvolledige lediging van de blaas	denk bij mannen met persisterende <3maand durende urinaire klachten, pelliviene pijn of seksuele klachten aan chronische prostatitis => deze verschillende aanbevelingen samenvoegen tot één algehele	nee	geen	geen studies over gevonden. is de bewschrijving van de ziekte. probleem hierbij is vooral dat alle studies dit als begin punt nemen . er is geen enkele studie die kijkt naar de waarde van deze symptomen bij het stellen van diagose.
	Pijnlijk gevoel in de onderbuik, scrotum, perineum, eikel, of binnenkant van de dijen				
	Gevoel van druk in het perineum, de anus of vlak voor de anus				
	Pijnlijke ejaculatie				
	Soms bloederig sperma				
	Verminderd libido				
	erectiele disfunctie				
	Verzachte prostaat bij digitaal onderzoek	perform PPA and analyse expressed prostatic secretions?	nee	14 Anorectal and Pelvic Pain Adil E Bharucha 1, Tae	geen goede studies van gevonden
	Use a validated symptom and quality of life scoring instrument	MAAK GEBRUIK VAN GEVALIDEERDE SYMPTOOM EN QUOLITY OF LIFE VRAGEN	level of evidence 2B		oede manier om in geheel een na re gaan van psychologi
	Assess patient psychological distress in relation to their pain.	ga de psychologische impact van de chronische pijn na	level of evidence 2B		
	Assess prostate pain syndrome associated negative cognitive, behavioural, sexual, or	ga negatieve cognitie, emoties en (sexueel)gedragingen na SCEGS	level of evidence 3		
	Screen patients presenting with symptoms suggestive for chronic pelvic pain	ga na of er spraken is van emotioneel of sexueel abuse	level of evidence 3		
	Ask patients what they think is the cause of their pain to allow the	bevraag ideën, angsten en verwachtingen omtrent de klachten.	level of evidence 3	ences of Chronic Pelvic Pain and Medical Care. 41 Catastrophizing and pain-conting	
Klinische vraag 2: Welke technische onderzoeken zijn nodig voor diagnose van chronische prostatitis?	Normale urinetestresultaten	idem	level of evidence 2a?	15 Prostatitis and Chronic Pelvic Pain Syndrome in Men Author	de paar studies die gebeurt zijn zijn van voldoende kwaliteit. dus goede RCT maar beperkte hoeveelheden =2a?
	Perform the Meares and Stamey 2- or 4-glass test in patients with CBP.	idem	level of evidence 3	288. :Bacteriologic localization patterns in bacterial prostatitis and urethritis 275: Value of semen culture in the diagnosis of chronic bacterial	zeer weinig evidentie naar; één studie die dit bepaald en is vooral gericht op bacteriele prostatitis
	Do not routinely perform microbiological analysis of the ejaculate alone to diagnose CBP.	Nog te bepalen	level of evidence 2a?	275: Value of semen culture in the diagnosis of chronic bacterial prostatitis: a simplified method 274 Semen and urine culture in the diagnosis	ook weer eerder voor bacteriele prostatitis
Klinische vraag 3: welke alarmsignalen zijn er bij chronische prostaatklachten	acute prostatitis	Exclude specific diseases with similar symptoms like: acute prostatitis, chronic bacterial prostatis, prostate cancer, LUTS...	expert opinion?	16 Urologic chronic pelvic pain syndrome: insights from the MAPP Research Network J. Quentin Clemens, Chris Mullins, [...], and J. Richard Landis	weinig studies hierover
	Exclude specific diseases with similar symptoms.		expert opinion?	/	geen studies hierover
Klinische vraag 4: Wat is de behandeling van chronische bacteriële prostatitis	Zie vincent				
Klinische vraag 5: wat is de behandelingen voor chronische prostaatpijn	Zie vincent				

Rekening houdend met de antwoorden op voorgaande vragen, wat is je algemeen oordeel over de kwaliteit van bewijs? (hoog=A, matig=B, laag=C)	Balans tussen voor- en nadelen van de aanbeveling: - is onzeker? - is in evenwicht? - de voordelen overtreffen de nadelen? *(hoe meer de voordelen de nadelen overtreffen, hoe sterker de aanbeveling)*	Waarden en voorkeuren van de doelgroep (patiëntenpopulatie) zijn onzeker of verschillend? *(hoe kleiner de verschillen, hoe sterker de aanbeveling)*	De aanbevolen interventie is kosteneffectief? *(hoe lager de kosten, hoe sterker de aanbeveling)*	Is de aanbevolen interventie toepasbaar in de Belgische (huisarts)praktijk? (is ze beschikbaar, is de nodige expertise aanwezig, zijn er organisatorische of financiële barrières)? *(hoe beter toepasbaar, hoe sterker de aanbeveling)*	**Doe op basis van de antwoorden op voorgaande vragen een voorstel tot "Grade of recommendation" (gebruik hiervoor de overzichtstabel op blz 11 van je handboek)**
c	/	na delphi panel komen patienten met gelijkaardige klachten => pupbliek en arts komen overeen	JA	ja	
C	geen info. mogelijks onnodig ongemakkelijk onderzoek	patienten lijken hier weinig problemen mee te hebben	ja	ja	
c	GEEN NADELEN		geen kosten => ja	ja	
c	GEEN NADELEN		geen kosten => ja		
c	GEEN NADELEN		geen kosten => ja		
c	patient ongemakkleijk laten voelen. Onzekerheden/. vertrouwens relatie verbereken	bij delphi bevragigng vonden patinenten dit niet fijn en verkiezen ze dat dit niet wordt	geen kosten => ja	ja	
c	GEEN NADELEN; eerder voordelen aangezien dit consultatie gaat vermakkelijken		geen kosten => ja	ja	
A	er zjin zo goed als geen nadelen hieraan, makkelijk, kosten effectief, beperkren AB gebruik.. .		ja/ geen evidentie over	ja	
A	negatieve resultaten zeggen behoorlijk weinig Ongemakkelijk onderzoek		kost veel weinig evidentie; niet kosten effectief?	ja	
B	kost veel weinig evidentie; niet kosten evffectief		kost veel weinig evidentie; niet kosten effectief	ja	
c	geen evidentie		jageen evidentie hierover gevonden echter CBP en CPPS zijn prognostisch goede aandoeningen. Onnodige onderzoeken in kader hiervan brengen kosten mee => het uitsluiten van specifieke aandoeningen zonder dat er duidelijke symptomen van zijn heeft geen nut	nee	
c					

Bijlage 4 en 5: vragenlijst van het eerste en het tweede Delphi panel.

Delphi panel 'Chronische prostatitis' deel 1

Bedankt voor uw interesse aan onze Delphi panel over chronische prostatitis.

Wij zijn Vincent Jacobs en Maarten Horckmans. Wij zijn twee huisartsen-in-opleiding.
Voor onze Manama thesis valideren en adapteren wij een eerstelijns richtlijn over 'chronische prostatitis'. Een richtlijn gemaakt door Duodecim.

Gezien de diagnose en behandeling van chronische prostatitis niet altijd geschaafd is met wetenschappelijk onderzoek, houden wij een Delphi panel.
Een Delphi panel is een digitale tool om samen met experten en patiënten tot een goede algemene consensus te komen.
We vragen van u om volgende enquête in te vullen. Deze duurt ongeveer 5-15 minuten.

Wanneer we alle gegevens hebben verwerkt zal er nog een 2de enquête volgen.

*Vereist

1. E-mailadres *

2. Ik ben *

Markeer slechts één ovaal.

- Patiënt *Ga naar vraag 58*
- Huisarts
- Uroloog

Definitie

Prostatitis wordt volgens de NIH classificatie onderverdeelt in 4 categorieën.
Voor dit panel maken we enkel gebruik van categorie II (chronische bacteriële prostatitis) en categorie III (chronische niet-bacteriële prostatitis of chronische prostaatpijn)

Table 9: Classification of prostatitis and CPPS according to NIDDK/NIH [261-263]

Type	Name and description
I	Acute bacterial prostatitis (ABP)
II	Chronic bacterial prostatitis (CBP)
III	Chronic non-bacterial prostatitis – CPPS
IIIA	Inflammatory CPPS (white cells in semen/EPS/VB3)
IIIB	Non-inflammatory CPPS (no white cells in semen/EPS/VB3)
IV	Asymptomatic inflammatory prostatitis (histological prostatitis)

CPPS = chronic pelvic pain syndrome; EPS = expressed prostatic secretion;
VB3 = voided bladder urine specimen 3 (urine following prostatic massage).

3. Maakt u een onderscheid tussen chronische bacteriële prostatitis en chronische prostaat pijn? *

   Markeer slechts één ovaal.

   - ◯ Ja
   - ◯ Nee, maar ik pas mijn behandeling wel aan aan de patiënt voor mij
   - ◯ Nee

4. Maakt u een onderscheid tussen inflammatoire- en niet-inflammatoire chronische prostaatpijn

   Markeer slechts één ovaal.

   - ◯ Ja
   - ◯ Nee
   - ◯ Ik maak geen onderscheid tussen chronische bacteriële prostatitis en chronische prostaatpijn

Diagnose van chronische prostatitis

5. Chronische prostatitis is voor mij een: *

Markeer slechts één ovaal.

- ◯ Uitsluitingsdiagnose
- ◯ Aparte ziekte-entiteit met een duidelijk aparte diagnose
- ◯ Een pijnsyndroom (cfr. chronische rugpijn, IBS,...)
- ◯ Anders: _____

6. Bij welke van de volgende symptomen denkt u aan chronische prostatitis? *

Vink alle toepasselijke opties aan.

- ☐ Pijnlijke mictie
- ☐ Moeilijke mictie
- ☐ Haematurie
- ☐ Haematospermie
- ☐ Pelviene pijn
- ☐ Abdominale pijn
- ☐ Anale/perianale pijn
- ☐ Pijn aan scrotum/penis/eikel
- ☐ Erectie stoornissen
- ☐ Libido verlies
- ☐ Pijnlijke ejaculatie
- ☐ Koorts
- ☐ Pijn perineum
- ☐ Anders: _____

7. Wat zijn alarmsymptomen waarbij verdere onderzoeken noodzakelijk zijn? *

Vink alle toepasselijke opties aan.

- [ ] Pijnlijke mictie
- [ ] Moeilijke mictie
- [ ] Haematurie
- [ ] Haematospermie
- [ ] Pelviene pijn
- [ ] Abdominale pijn
- [ ] Anale/perianale pijn
- [ ] Pijn aan scrotum/ penis/eikel
- [ ] Erectie stoornissen
- [ ] Libido verlies
- [ ] Pijnlijke ejaculatie
- [ ] Pijn Perineum
- [ ] Anders: _____

8. Wat is de differentiaal diagnose? *

Vink alle toepasselijke opties aan.

- [ ] Prostaat carcinoom
- [ ] Acute bacteriële prostatitis
- [ ] Cystitis
- [ ] Colitis
- [ ] IBS
- [ ] Benigne prostaathypertrofie
- [ ] Pyelonefritis
- [ ] Urethritis
- [ ] Anders: _____

9. Wat behoort tot uw klinisch onderzoek? *

Vink alle toepasselijke opties aan.

- [ ] Abdominaal onderzoek
- [ ] Onderzoek van externe genitaliën
- [ ] Palpatie per anum/prostaat onderzoek
- [ ] Anders: _____

10. Ik bevraag de ICE (ideas, concerns en expectations) van de patiënt.

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
oneens	◯	◯	◯	◯	◯	eens

11. Ik bevraag negatieve cognities en gedragingen omtrent de pijn.

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
oneens	◯	◯	◯	◯	◯	eens

12. Ik bevraag bij een vermoeden van chronische prostatitis of er sprake is van seksueel misbruik.

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
oneens	◯	◯	◯	◯	◯	eens

13. Ik gebruik de UPOINTS schaal.

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
oneens	◯	◯	◯	◯	◯	eens

14. Ik bevraag Quality of life.

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
oneens	◯	◯	◯	◯	◯	eens

15. Voor huisartsen: wanneer verwijst u door naar 2e lijn?

Vink alle toepasselijke opties aan.

- [ ] Ik stuur nooit door
- [ ] Bij alarm symptomen
- [ ] Indien mijn initiele behandeling niet werkt
- [ ] Ik stuur altijd door
- [ ] Ik ben geen huisarts
- [ ] Anders: _____

Technische onderzoeken bij Chronische prostatitis

16. Bij de diagnostische workup voor chronische prostatitis is een bloedname nodig

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
oneens	◯	◯	◯	◯	◯	eens

17. Welke bloedonderzoeken vraagt u aan bij een vermoeden van een chronische prostatitis?

Vink alle toepasselijke opties aan.

- [ ] Leukocyten +/- verdeling
- [ ] Complet
- [ ] Nierfunctie
- [ ] Leverset
- [ ] CRP
- [ ] PSA
- [ ] Ik doe geen bloedname
- [ ] Anders: _____

18. Ik neem een urine staal.

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
oneens	◯	◯	◯	◯	◯	eens

Meares and Stamey test

De Meares Stamey is een urine test waarbij 4 opeenvolgende stalen worden afgenomen. Deze test is ook gekend als de 4 glass test. De stalen worden als volgt afgenomen:
1. first void urine (eerste 10cc) van mictie.
2. midstream urine.
3. expressed prostatic secretion: secreties die vrijkomen tijdens een prostaat massage.
4. first void urine na een prostaat massage.

De 2 glass test is een vereenvoudigde versie van deze test waarbij 2 stalen worden afgenomen.
1. midstream urine.
2. first void urine (eerste 10cc) na prostaat een massage.

Deze stalen worden dan onderzocht op leukocyten, erythrocyten, proteïnen en aanwezigheid van bacteriën.

19. Ik doe een Meares and Stamey 2- of 4 glass test.

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
oneens	◯	◯	◯	◯	◯	eens

20. Welke test gebruikt u?

Vink alle toepasselijke opties aan.

- [ ] Meares- Stamey 2 glass test
- [ ] Meares- Stamey 4 glass test
- [ ] Geen van beide

21. Ik doe een sperma onderzoek.

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	
nooit	◯	◯	◯	altijd

22. Indien u antwoord 2 aanduidde, wanneer doet u sperma onderzoek?

23. Ik vraag beeldvorming aan.

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
oneens	◯	◯	◯	◯	◯	eens

24. Welke beeldvorming vraagt u aan?

Vink alle toepasselijke opties aan.

- [ ] Rx abdomen
- [ ] Rx bekken
- [ ] Echo prostaat
- [ ] Echo abdomen en blaas
- [ ] MRI of CT klein bekken
- [ ] Ik vraag geen beeldvorming aan
- [ ] Anders: _____

25. Waarom vraagt u deze onderzoeken (niet) aan?

26. Zijn er andere technische onderzoeken die u zou aanvragen/doen?

Behandeling van Chronische prostatitis

27. Maakt u een verschil tussen chronische bacteriële prostatitis en chronische prostaatpijn om zo een onderscheid te maken in behandeling? *

Markeer slechts één ovaal.

- Ja *Ga naar vraag 28*
- Neen, maar ik laat mijn behandeling wel afhangen van de resultaten van mijn urinestaal/glass test *Ga naar vraag 28*
- Neen, eenmaal ik de diagnose chronische prostatitis heb, behandel ik hetzelfde *Ga naar sectie 6 (Untitled section)*

Untitled section

U wordt doorverwezen naar de sectie 'behandeling chronische prostaatpijn'. U mag deze sectie hetzelfde invullen alsof er staat 'chronische prostatitis'.

Ga naar vraag 37

Behandeling van chronische bacteriële prostatitis

We spreken van een chronische bacteriële prostatitis indien het urinestaal of de Meares and Stamey glass test een positieve kweek aantoont.

28. Welke behandeling(en) heeft u al gebruikt bij een chronische bacteriële prostatitis? *

Vink alle toepasselijke opties aan.

- [ ] Amoxicilline met clavulaanzuur
- [ ] Fluorochinolone
- [ ] Sulfa-trimethoprim (Co-trimoxazole)
- [ ] Macrolide
- [ ] Tetracycline
- [ ] Metronidazole
- [ ] Anders: _____

Geef aan in hoeverre u een onderstaande antibiotica zelf zou gebruiken bij chronische bacteriële prostatitis.

29. Amoxicilline met clavulaanzuur?

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Raad ik niet aan	◯	◯	◯	◯	◯	Raad ik aan

30. Fluorochinolone? (ciprofloxacin, levofloxacin,...)

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Raad ik niet aan	◯	◯	◯	◯	◯	Raad ik aan

31. Sulfa-trimethoprim (Co-trimoxazole)?

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Raad ik niet aan	◯	◯	◯	◯	◯	Raad ik aan

32. Macrolide?

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Raad ik niet aan	◯	◯	◯	◯	◯	Raad ik aan

33. Tetracycline?

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Raad ik niet aan	◯	◯	◯	◯	◯	Raad ik aan

34. Metronidazole?

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Raad ik niet aan	◯	◯	◯	◯	◯	Raad ik aan

35. Gebruikt u ook andere antibiotica?

36. Hoelang behandelt u bij een chronisch bacteriële prostatitis?

Markeer slechts één ovaal.

- 2-4 weken
- 4-6 weken
- Meer dan 6 weken
- Afhankelijk van de kliniek van de patiënt

Behandeling van chronische prostaatpijn

Diagnose indien het urinestaal of de glass test negatief test op een bacteriële kweek.

37. Maakt u gebruik van een multimodale aanpak waarbij u patiënten classificeert (bvb via UPOINTS: urinair, psycho-sociaal, organisch,...) om zo tot een gerichte therapie optie te komen ?

Markeer slechts één ovaal.

- Ja
- Neen

Niet-medicamenteuze behandeling van chronische prostaatpijn.

38. Ik heb al volgende niet-medicamenteuze opties gebruikt in de therapie van chronische prostaatpijn. *

Vink alle toepasselijke opties aan.

- [ ] Ik benadruk de goedaardigheid van de aandoening en ik stel patiënt gerust
- [ ] Ik adviseer regelmatige ejaculaties
- [ ] Warme zit baden
- [ ] Warme kledij
- [ ] Prostaat massage
- [ ] Accupunctuur
- [ ] Behandelen van eventueel onderliggende depressie

Geef aan in hoeverre u volgende behandelingen zelf zou aanraden.

39. Geruststelling over het goedaardig karakter van de aandoening

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Raad ik niet aan	◯	◯	◯	◯	◯	Raad ik aan

40. Frequent ejaculeren

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Raad ik niet aan	◯	◯	◯	◯	◯	Raad ik aan

41. Prostaat massage

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Raad ik niet aan	◯	◯	◯	◯	◯	Raad ik aan

42. Warme zitbaden

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Raad ik niet aan	◯	◯	◯	◯	◯	Raad ik aan

43. Warme kledij

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Raad ik niet aan	◯	◯	◯	◯	◯	Raad ik aan

44. Accupunctuur

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Raad ik niet aan	◯	◯	◯	◯	◯	Raad ik aan

45. Behandelen onderliggende depressie

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Raad ik niet aan	◯	◯	◯	◯	◯	Raad ik aan

46. Maakt u gebruik van andere niet-medicamenteuze aanpakken/adviezen?

Behandeling van chronische prostaatpijn

Medicamenteuze behandeling van chronische prostaatpijn

47. Ik heb al volgende medicamenteuze opties gebruikt in de therapie van chronische prostaatpijn *

Vink alle toepasselijke opties aan.

- [ ] Antibiotica
- [ ] Alfa-blokker
- [ ] Amitryptiline
- [ ] 5-alfa reductase blokker
- [ ] NSAID
- [ ] Fytotherapie

Geef aan in hoeverre u volgende behandelingen zelf zou aanraden.

48. Antibioticum

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Raad ik niet aan	◯	◯	◯	◯	◯	Raad ik aan

49. Indien u 3 of meer aanduidde: wanneer start u een antibioticum op? Welke start u dan? Voor hoelang?

50. Alfa-blokker

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Raad ik niet aan	◯	◯	◯	◯	◯	Raad ik aan

51. Amitryptiline

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Raad ik niet aan	◯	◯	◯	◯	◯	Raad ik aan

52. 5-alfa reductase blokker

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Raad ik niet aan	◯	◯	◯	◯	◯	Raad ik aan

53. NSAID

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Raad ik niet aan	◯	◯	◯	◯	◯	Raad ik aan

54. Fytotherapie

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Raad ik niet aan	◯	◯	◯	◯	◯	Raad ik aan

55. Gebruikt u ook andere medicamenteuze behandelingen?

56. Raad u een operatieve behandeling aan voor chronische prostatitis?

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	
Raad ik niet aan	◯	◯	◯	Raad ik aan

57. Indien u een operatie aan beveelt welke raad u dan aan?

_____

Ga naar vraag 81

Diagnose van chronische prostatitis

58. Met welke klachten ging u naar uw huisarts/Uroloog? *

Vink alle toepasselijke opties aan.

- [ ] Pijnlijk urineren
- [ ] Moeilijk urineren
- [ ] Bloed in urine
- [ ] Bloed in sperma
- [ ] Pijn aan bekken
- [ ] Pijn in buik
- [ ] Anale pijn/pijn rond de anus
- [ ] Pijn aan scrotum/ penis/eikel
- [ ] Erectie stoornissen
- [ ] Libido verlies
- [ ] Pijnlijke ejaculatie
- [ ] Koorts
- [ ] Pijn tussen scrotum en anus
- [ ] Anders: _____

59. Wat dacht u zelf dat de onderliggende oorzaak of probleem was?

_____

60. Bij wie bent u allemaal geweest voor uw klacht

Vink alle toepasselijke opties aan.

- [ ] Mijn huisarts
- [ ] Een 2e of 3e onafhankelijke huisarts
- [ ] Een uroloog in een niet-universitair ziekenhuis
- [ ] Een uroloog in een universitair ziekenhuis
- [ ] Anders: _____

61. Heeft de behandelende arts gevraagd/ nagegaan wat de impact van de klachten op uw leven waren?

Markeer slechts één ovaal.

- ◯ ja
- ◯ nee
- ◯ Dit weet ik niet meer
- ◯ Anders: _____

62. Vindt u het belangrijk dat een arts dit navraagt?

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
helemaal niet	◯	◯	◯	◯	◯	heel zeker

63. Heeft de behandelende arts gevraagd of er ooit sprake was van seksueel misbruik?

Markeer slechts één ovaal.

- ja
- nee
- Dit weet ik niet meer
- Anders: _____

64. Vindt u het belangrijk dat een arts dit navraagt?

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
helemaal niet						heel zeker

65. Welke lichamelijke onderzoeken heeft een arts bij u gedaan? *

Vink alle toepasselijke opties aan.

- [ ] Onderzoek van buik
- [ ] Onderzoek van genitaliën
- [ ] Onderzoek van anus
- [ ] Onderzoek van de prostaat
- [ ] Anders: _____

66. Welke technische onderzoeken heeft u ondergaan? *

Vink alle toepasselijke opties aan.

- [ ] Bloed onderzoek
- [ ] Urine onderzoek
- [ ] Sperma onderzoek
- [ ] Echo van de prostaat
- [ ] Foto's/rx van buik of bekken
- [ ] Scan's/CT/MRI van buik of bekken
- [ ] Anders: _____

67. Deze onderzoeken hebben bijgedragen tot mijn diagnose van chronische prostatitis?

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
oneens	◯	◯	◯	◯	◯	eens

Behandeling van Chronische Prostatitis

68. Welke behandelingen heeft u al gehad in het verleden? *

Vink alle toepasselijke opties aan.

- [ ] Antibioticum
- [ ] Alfa blokker (bv. Tamsulosine, Omic, Terazosine, Silosodosin, Alfusozine,...)
- [ ] Alfa reductase (bv. Dutasteride, Finasteride, Prostatex, Avodart,Proscar,...)
- [ ] Accupunctuur
- [ ] Fytotherapie of natuurlijke producten
- [ ] Amitryptiline of Redomex
- [ ] NSAID of ontstekingsremmer (bv. Ibuprofen, Diclofenac, Meloxicam, Naproxen,...)
- [ ] Prostaatmassage
- [ ] Anders: _____

69. Indien u antibioticum aanduidde, was u tevreden met de behandeling?

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Ontevreden	◯	◯	◯	◯	◯	Tevreden

70. Hoeveel verschillende antibiotica kuren heeft u gekregen voor chronische prostatitis? (antibiotica voor andere aandoeningen tellen niet mee)

Markeer slechts één ovaal.

- ◯ 1 kuur
- ◯ 2 kuren
- ◯ 3-4 kuren
- ◯ Meer dan 4 kuren
- ◯ Weet ik niet
- ◯ Ik heb nog nooit antibiotica gekregen voor chronische prostatitis

71. Indien u alfa-blokker aanduidde, was u tevreden met de behandeling?

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Ontevreden	◯	◯	◯	◯	◯	Tevreden

72. Indien u accupunctuur aanduidde, was u tevreden met de behandeling?

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Ontevreden	◯	◯	◯	◯	◯	Tevreden

73. Indien u natuurlijke producten aanduidde, was u tevreden met de behandeling?

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Ontevreden	◯	◯	◯	◯	◯	Tevreden

74. Indien u amitryptiline of Redomex aanduidde, was u tevreden met de behandeling?

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Ontevreden	◯	◯	◯	◯	◯	Tevreden

75. Indien u onstekingsremmer aanduidde, was u tevreden met de behandeling?

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Ontevreden	◯	◯	◯	◯	◯	Tevreden

Geef uw mening over volgende stellingen:

76. Ik vind het belangrijk dat de arts mij geruststelt dat mijn klachten niet wijzen op een onderliggende ernstige aandoening (bvb. prostaatkanker).

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Niet waar	◯	◯	◯	◯	◯	Waar

77. Ik heb meer klachten in een koude omgeving.

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Niet waar	◯	◯	◯	◯	◯	Waar

78. Frequent ejaculeren heeft een goed effect op mijn klachten.

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Niet waar	◯	◯	◯	◯	◯	Waar

79. Prostaatmassage heeft een goed effect op mijn klachten.

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	
Niet waar	◯	◯	◯	◯	◯	Waar

80. Heeft u ook al andere behandelingen gehad? (medicatie, adviezen of operaties) Zo ja, welke? Was u hierover tevreden?

Einde Delphi panel

Hartelijk bedankt voor uw deelname aan het Delphi panel.

We verzamelen de gegevens en sturen u spoedig het 2de deel door.
Heeft u nog vragen of feedback?
Laat het ons weten via mail of vul onderstaande vraag in.
(vincentgcjacobs@gmail.com)

81. Feedback?

Deze content is niet gemaakt of goedgekeurd door Google.

Google Formulieren

Delphi panel deel 2

Beste arts,

We geven u in het tweede deel de resultaten van de enquête door van deel 1 samen met bijkomende informatie omtrent de richtlijnen.

We gebruiken als bronnen de richtlijn van Duodecim/Ebpracticenet ('chronische prostatitis') en 2 richtlijnen van EAU ('urological infections' en 'chronic pelvic pain').
BELANGRIJK: hoewel de EAU richtlijnen (gezien we op heden geen goede eerstelijns alternatieven hebben) opgesteld zijn door urologen gebruiken we deze richtlijnen nu voor een eerstelijns populatie.

We zouden graag uw mening willen over de aanbevelingen. Het is de bedoeling dat er op het einde een consensus wordt gevormd.

Te benadrukken dat dit gaat over algemene aanbevelingen. Uw antwoorden hoeven dus niet per se 100% aan te leunen met uw eigen gepersonaliseerde aanpak.

*Vereist

1. E-mailadres *

Anamnese en klinisch onderzoek van chronische prostatitis

Ongeveer 60% van urologen ziet chronische prostatitis als een aparte ziekte entiteit , 40% als een pijnsyndroom wat in sterk contrast staat met huisartsen die dit zien overwegend (75%) zien als uitsluitingsdiagnose. Verder zien we dat voor de effectieve diagnose van chronische prostatitis de ideeën van urologen en huisartsen op een zelfde lijn zitten dus dat ondanks het verschil op visie van de ziekte wel dezelfde onderzoeken gebeuren.

ICE

In vorige bevraging zien we dat de meerderheid van de artsen de ICE bevragen (3.8/5). We zien ook dat de meeste patiënten dit op prijs stellen (3.5/5). QOL wordt door urologen meestal wel bevraagd (3.8/5) terwijl huisartsen dit niet doen (2.4/5). Patiënten appreciëren dit echter wel (3.5/5).

2. Bevraag de ICE van de patiënt omtrent de klachten. *

Markeer slechts één ovaal.

- eens
- oneens
- geen mening

3. Indien mogelijk, leg uw keuze verder uit:

4. Bevraag de impact van de klachten op de Quality of life. *

Markeer slechts één ovaal.

- eens
- oneens
- geen mening

5. Indien mogelijk, leg uw keuze verder uit:

Symptomen

Uit bevraging zien we dat artsen (zowel huisartsen als urologen) klachten van pijn beschrijven (pelviene pijn 75% , perinale pijn 90% , peri anale pijn 50% , pijnlijke ejaculatie 50%) terwijl de bevraagde patiënten voornamelijk kwamen met klachten van moeilijke en pijnlijke mictie alsook pijn aan perineum (respectievelijk 60%, 40% en 40%)

Er bestaat geen duidelijke definitie van chronische prostatitis.

6. Stel een vermoeden van chronische prostatitis bij patiënten met langdurige (>3maand) bestaande pijn klachten in pelviene regio, perineaal of genitaal. *

Markeer slechts één ovaal.

- ◯ eens
- ◯ oneens
- ◯ geen mening

7. Indien mogelijk, leg uw keuze verder uit:

_____

_____

_____

_____

_____

8. Andere klachten die zouden kunnen voorkomen bij chronische prostatitis zijn: haematurie, haematospermie, pijnlijke of moeilijke mictie, pijnlijke ejaculatie, anale pijn, erectiestoornissen en libidoverlies. *

Markeer slechts één ovaal.

- ◯ eens
- ◯ oneens
- ◯ geen mening

9. Indien mogelijk, leg uw keuze verder uit:

Alarmsignalen

Alarmsignalen waren pijnlijke mictie, haematurie en haematospermie (respectievelijk 50%; 80%, 56%).
Andere symptomen werden door sommigen ook aangeduid als mogelijk alarmsignaal: moeilijke mictie 18%, pelviene pijn 37.6%, abdominale pijn 25%, anale en genitale pijn 18%, erectie stoornissen 25% en pijnlijke ejaculatie 37.6%
Hoewel koorts niet op de originele vragenlijst stond heeft toch 12.5% dit aangegeven als alarmsignaal.

Huisartsen gebruiken alarmsignalen als een besliskundig middel om te zien of een doorverwijzing aangewezen is of om verdere onderzoeken te ondernemen zodat ernstige en behandelbare aandoeningen uitgesloten kunnen worden.

10. Alarmsignalen waarbij onderliggende oorzaken uitgesloten moeten worden, zijn: haematurie, haematospermie, koorts en pijnlijke mictie. *

Markeer slechts één ovaal.

- eens
- oneens
- geen mening

11. Zijn er andere alarm signalen die er volgens u zeker bijhoren? Welke?

Seksueel misbruik

Artsen (zowel urologen als huisartsen) gaven aan dat dit geen routine vraag is (2/5). Patiënten vermelden ook dat zij weinig waarde hechten aan deze vraag (2/5).

12. Vraag NIET routinematig naar verleden van seksueel misbruik *

Markeer slechts één ovaal.

- ◯ eens
- ◯ oneens
- ◯ geen mening

13. Indien mogelijk, leg uw keuze verder uit:

Klinisch onderzoek

Uit de bevraging kwam dat bijna alle artsen een PPA verrichten en de externe genitaliën inspecteerden (95 en 90%) en dat de meerderheid een abdominaal onderzoek verrichten (60%)

14. Doe bij een vermoeden chronische prostatis een abdominaal onderzoek, inspecteer genitaliën en verricht een PPA *

Markeer slechts één ovaal.

- ◯ eens
- ◯ oneens
- ◯ geen mening

15. Indien mogelijk, leg uw keuze verder uit:

Technische onderzoeken bij Chronische prostatitis

Zowel huisartsen als urologen doen verdere onderzoeken. Een bloedname word door de meeste arsten aangeraden (urologen 3.8/5 en huisartsen 4.2/5). Het onderzoeken van een urine staal was unaniem (5/5). Sperma analyse gaf onduidelijke resultaten ongeveer (2/3) bij zowel huisartsen als urologen. Beeldvorming werd dan weer wel aangeraden (4.3/5 urologen en 3.8/5 huisartsen).

We willen hier nog eens benadrukken dat we bezig zijn met het opstellen van een eerstelijnsrichtlijn. Een aanbeveling voor beeldvorming (met name echo prostaat) impliceert ook doorverwijzing naar 2e lijn.

16. Doe bij ieder vermoeden van een chronische prostatitis een urinestaal met sediment (en cultuur) ongeacht aanwezigheid van alarmsignalen. *

Markeer slechts één ovaal.

- eens
- oneens
- geen

17. Indien mogelijk, leg uw keuze verder uit:

Meares-Stamey test

De meerderheid van de artsen doen deze niet, diegene die het aanraden raden deze wel sterk aan. Echter gemiddeld werd deze test eerder niet aangeraden (2.8/5 urologen , 1.6/5 huisartsen). Dit staat in contrast met de huidige richtlijn van de EAU over zowel (chronische) bacteriële prostatitis als de richtlijn over chronische pelviene pijn syndroom. In deze richtlijnen wordt een Meares-Stamey 2-glass test aangeraden.

18. Overweeg het nemen van een Meares-Stamey 2-glass test. *

Markeer slechts één ovaal.

- ◯ eens
- ◯ oneens
- ◯ geen mening

19. Indien mogelijk, leg uw keuze verder uit:

Bloedname

Door de meerderheid van de artsen (90%) wordt een bloedname aangeraden. De meeste testen dan de leukocyten met verdeling, PSA en CRP. Ook dit is in tegenstrijd met de huidige EAU richtlijnen waar bloedname en vooral PSA testen NIET worden aangeraden.

20. Doe GEEN bloedname bij klachten die wijzen op chronische prostatitis ZONDER aanwezigheid van alarm symptomen. *

Markeer slechts één ovaal.

- ◯ eens
- ◯ oneens
- ◯ geen mening

21. Indien mogelijk, leg uw keuze verder uit:

Beeldvorming

Beeldvorming wordt door de meesten wel aangeraden (4.3/5 urologen en 3.6/5 door huisartsen). De beeldvorming die dan aangevraagd wordt is 80% echo prostaat (ook onder huisartsen); 50% echo abdomen en 50% CT/ MRI klein bekken. Weeral is dit in tegenstelling tot de huidige richtlijnen waarin beeldvorming wordt afgeraden.

22. Vraag GEEN beeldvorming aan bij vermoeden van chronische prostatitis ZONDER alarm symptomen. *

Markeer slechts één ovaal.

- eens
- oneens
- geen mening

23. Indien mogelijk, leg uw keuze verder uit:

Sperma analyse

Analyse van sperma gaf in vorige panel gemixte resultaten ongeveer 33% van de artsen deed het nooit, 33% bij selecte gevallen en 33% deed dit altijd. De artsen die dit in selecte gevallen deden, gaven aan dat ze dit doen bij specifieke klachten omtrent ejaculeren (pijn, hematospermie, of bij onzekere resultaten). EAU raad sperma analyse niet aan bij diagnose van chronsiche bacteriële prostatitis.

24. Doe GEEN analyse van een spermastaal bij een vermoeden van chronische prostatis ZONDER alarm signalen. *

Markeer slechts één ovaal.

- eens
- oneens
- geen mening

25. Indien mogelijk, leg uw keuze verder uit:leg uit:

26. Bij alarmsignalen is verder onderzoek (bloedname, beeldvorming, eventuele doorverwijzing) aangewezen. *

Markeer slechts één ovaal.

- eens
- oneens
- geen mening

27. Indien mogelijk, leg uw keuze verder uit:

Behandeling chronische bacteriële prostatitis

Resultaten van Delphi panel tonen een grote voorkeur voor Fluorochinolones (4.53/5) en op tweede plaats een positief advies voor Co-trimoxazole (4.1). Alle andere antibiotica worden eerder zelden gebruikt. Sommige artsen geven ook aan om op basis van het antibiogram hun keuze van antibiotica te laten afhangen.

Geef uw mening over volgende aanbevelingen:

28. Fluorochinolones zijn een eerstelijns therapie voor een bewezen chronische bacteriële prostatitis. *

Markeer slechts één ovaal.

- Eens
- Oneens
- Geen mening

29. Sulfa-trimethroprim is een goede alternatieve behandeling bij een bewezen bacteriële prostatitis. *

Markeer slechts één ovaal.

- Eens
- Oneens
- Geen mening

30. Overweeg de antibioticum behandeling aan te passen a.d.h.v. het antibiogram. *

Markeer slechts één ovaal.

- Eens
- Oneens
- Geen mening

31. Indien mogelijk, leg uw keuze verder uit:

Behandeling chronische niet-bacteriële prostatitis

Hou ook rekening tijdens deze adviezen over kosten en de invasieve aard van de aanbeveling.

Niet-medicamenteuze adviezen

Multimodale aanpak

Overwegend negatief gebruik (13% maakt gebruik van een multimodale aanpak). Hoewel sommigen wel aangeven dat ze hun behandeling wel aanpassen aan de ernst van de symptomen van de patiënt.

Studies naar multimodale aanpak zijn eerder pover. Maar de studies die dit bekijken tonen wel een positieve benefit. De EAU richtlijn raadt deze aanpak aan (zwakke aanbeveling).

32. Multimodale aanpak is GEEN standaard aanpak bij de behandeling van chronische prostatitis. *

Markeer slechts één ovaal.

- Eens
- Oneens
- Geen mening

33. Indien mogelijk, leg uw keuze verder uit:

Geruststelling over het goedaardige karakter van de aandoening

Overwegend positief advies (4.6/5), ook te benadrukken dat patiënten dit ook belangrijk vinden met een eerder positief advies (4.4/5)

34. Bij de diagnose van chronische prostatitis is geruststelling aangewezen. *

Markeer slechts één ovaal.

- eens
- Oneens
- Geen mening

Frequent ejaculeren

Het advies voor 'frequent ejaculeren' is een advies dat gestaafd wordt op basis van kleine oude studies met slechte onderbouwing.

Uit het delphi panel komen gemengde resultaten:
Urologen: eerder negatief advies (2.4/5), Huisartsen: eerder positief advies (3.75/5)
Gecombineerd zorgt dit voor een gemengd advies (2.73).

Patiënten geven ook een gemengd effect aan (2.75/5).

35. 'Frequent ejaculeren' is een mogelijke behandelingsoptie bij chronische prostatitis.

Markeer slechts één ovaal.

- Eens
- Oneens
- Geen mening

36. Indien mogelijk, leg uw keuze verder uit:

Prostaat massage

Hier zien we ook een discrepantie tussen urologen en huisartsen:

Urologen: eerder negatief (2.2/5)
Huisartsen eerder positief (3.5/5)
Patiënten geven aan dat dit weinig helpt voor hun klachten: overwegend negatief (1.333/5)
Studies over dit onderwerp zijn niet-conclusief, kleine studies met weinig power.

37. 'Prostaat massage' is een mogelijke behandelingsoptie bij chronische prostatitis.

Markeer slechts één ovaal.

- ◯ Eens
- ◯ Oneens
- ◯ Geen mening

38. Graag uw uitleg over uw keuze:

Vermijd koude: warme kleding, warme zitbaden

Voor warme zitbaden wordt een algemeen een gemengd advies (3.47/5) gegeven.
Voor warme kledij algemeen eerder negatief advies (2.1/5).
Hier zijn geen studies over te vinden.
Patiënten moesten aangeven of ze meer last hebben van koude omgeving, dit was eerder negatief (1.8/5)

39. 'Warme kledij' is GEEN behandelingsoptie bij chronische prostatitis.

Markeer slechts één ovaal.

- ◯ Eens
- ◯ Oneens
- ◯ Geen mening

40. 'Warme zitbaden' zijn een mogelijke behandelingsoptie bij chronische prostatitis

Markeer slechts één ovaal.

- Eens
- Oneens
- Geen mening

Accupunctuur

Accupunctuur krijgt algemeen een eerder negatief advies (2/5).
De EAU richtlijn beveelt accupunctuur wel (sterke aanbeveling) aan gezien onderzoek toont dat het een klein effect kan geven op pijnperceptie bij patiënten met chronische niet-bacteriële prostatitis.
Dit heeft vermoedelijk te maken met de hoge kosten, weinig kennis en moeilijke toegankelijkheid tot accupunctuur.

41. 'Accupunctuur' is een te overwegen behandelingsoptie bij chronische prostatitis.

Markeer slechts één ovaal.

- Eens
- Oneens
- Geen mening

42. Indien mogelijk, leg uw keuze verder uit:

Behandelen van onderliggende depressie

Algemeen gemengd advies (3.4/5).
Er zijn geen studies die tonen dat een depressie de klachten van chronische prostatitis verbeteren. Een paar kleine studies zeggen wel dat psychotherapie zouden helpen met het omgaan van de klachten van chronische prostatitis maar hier wordt niet verder ingegaan over mogelijke diagnose van depressie.

43. 'Behandeling van onderliggende depressie' is een mogelijke behandelingsoptie van chronische prostatitis.

Markeer slechts één ovaal.

- Eens
- Oneens
- Geen mening

44. Indien mogelijk, leg uw keuze verder uit:

Medicamenteuze behandeling

Antibioticagebruik bij chronische niet-bacteriële prostatitis

Antibiotica gebruik bij niet-bacteriële prostatitis krijgt een algemeen gemengd advies (3.2/5).
Hierbij is ook in de richtlijnen een verschil:
- EAU stelt voor om een eenmalige kuur antibiotica (met een chinolone of een tetracycline) te geven bij antibiotica-naiëve patiënten (sterke aanbeveling). Ook onderzoek toont dat er in deze populatie nog effect te winnen valt. De onderliggende theorie is dat veel patiënten een vals negatieve urinecultuur hebben waardoor antibiotica dus wel baat zou kunnen hebben.
- Duodecim daarentegen adviseert om enkel de patiënten eenmalig te behandelen met antibiotica met pyurie in het urinestaal. De onderliggende reden hiervoor is niet duidelijk.

45. Het gebruik van eenmalige antibiotica kuur met een chinolone of tetracycline is een te overwegen behandelingsoptie bij chronische niet-bacteriële prostatitis.

Markeer slechts één ovaal.

- Eens
- Oneens
- Geen mening

46. Het gebruik van eenmalige antibiotica kuur met een chinolone of tetracycline is een te overwegen behandelingsoptie bij chronische niet-bacteriële prostatitis MAAR enkel indien het urinestaal pyurie toont.

Markeer slechts één ovaal.

- Eens
- Oneens
- Geen mening

47. Indien mogelijk, leg uw keuze verder uit:

Alfablokker

Gebruik van alfablokker krijgt een eerder positief advies (3.5/5)
Zowel EAU richtlijn als Duodecim stelt deze behandeling voor.

48. Een Alfablokker is een mogelijke behandelingsoptie bij chronische prostatitis.

Markeer slechts één ovaal.

- Eens
- Oneens
- Geen mening

Amitryptiline

Krijgt een gemengd advies (2.6/5).
Amitriptyline wordt geadviseerd door de duodecim richtlijn.
Studies over gebruik van Amitryptiline bij chronische prostatitis zijn niet te vinden.

49. Amytriptiline is een te overwegen behandelingsoptie bij chronische prostatitis.

Markeer slechts één ovaal.

- Eens
- Oneens
- Geen mening

5-alfa reductase blokker

Delphi panel toont een eerder negatief advies (2.27/5).
Duodecim raadt het gebruik aan. EAU niet.
Onderzoek toont geen duidelijk verbetering van klachten bij een zuivere diagnose van CPPS

50. Een 5-alfa reductase blokker is GEEN behandelingsoptie bij chronische prostatitis.

Markeer slechts één ovaal.

- Eens
- Oneens
- Geen mening

NSAID

Delphi panel toont een eerder positief advies (3.87/5).
Onderzoek toont dat NSAID pijnklachten kunnen verbeteren. NSAID's worden gezien bijwerkingenprofiel bijna nooit als chronische behandeling geadviseerd

51. Een NSAID is een mogelijke behandelingsoptie bij chronische prostatitis.

Markeer slechts één ovaal.

- Eens
- Oneens
- Geen mening

Fytotherapie

De resultaten van fytotherapie tonen een discrepantie tussen huisarten (eerder negatief advies: 1.75/5) en urologen (eerder positief advies (3.6/5)
De EAU richtlijnen raden het gebruik van pentosaan polysulfaat aan (zwakke aanbeveling, beperkt effect maar wel significant).

52. Fytotherapie is een te overwegen behandelingsoptie bij chronische prostatitis.

Markeer slechts één ovaal.

- ◯ Eens
- ◯ Oneens
- ◯ Geen mening

53. Indien u fytotherapie gebruikt. Kan u dit verder verduidelijken? Bij welke patiënten gebruikt u dit? Welke producten gebruikt u? Hoelang is uw behandelsduur?

_____

_____

_____

_____

_____

Operatieve behandelingen

Overwegend negatief advies voor aanraden van een operatieve behandeling voor chronische prostatitis. Ook de literatuur bevestigt dit. Een operatie wordt vooral overwogen bij andere ziektebeelden (bvb gecompliceerd met benigne prostaat hypertrofie)

54. Een operatieve behandeling is GEEN behandelingsoptie bij chronische prostatitis.

Markeer slechts één ovaal.

- ◯ Eens
- ◯ Oneens
- ◯ Geen mening

Feedback & Bronvermelding

Hartelijk dank voor het invullen van het tweede deel van de Delphi panel.

Heeft u feedback voor ons dan horen wij het graag!

Vincent Jacobs (vincentgcjacobs@gmail.com)
Maarten Horckmans (maarten.horckmans@hotmail.com)

Bronnen:
Chronische prostatitis, EBPracticenet (https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00245)
Chronic Pelvic Pain, Uroweb (https://uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain/)
Urological infections, Uroweb (https://uroweb.org/guideline/urological-infections/)
Voor een paar aanbevelingen van Duodecim waren geen bronnen vermeldt. Hiervoor werd gebruik gemaakt van PUBmed voor opzoeken van studies. Als u hier de bronnen graag van had mag u ons persoonlijk contacteren.

55. Vragen, opmerkingen, suggesties

Deze content is niet gemaakt of goedgekeurd door Google.

Google Formulieren