

ULOGA ALFA-BLOKATORA KOD KRONIČNOG PROSTATITISA TIPA III

FEASIBILITY OF ALPHA-BLOCKERS IN CHRONIC CATEGORY III PROSTATITIS

SILVIO ALTARAC, VEDRAN CINDRO, NIKOLA RADOVIĆ,
ZORAN RAJKOVIĆ, STANKO BELINA*

Deskriptori: Prostatitis – dijagnoza, farmakoterapija; Alfa-adrenergički blokatori – terapijska primjena

Sažetak. Elektroničkim pretraživanjem putem interneta na adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> izdvojene su randomizirane studije s kontrolnom skupinom na placebo radi ispitivanja učinkovitosti djelovanja alfa-blokatora na kronični prostatitis tipa III s tegobama definiranim s pomoću simptomskog skora NIH-CPSI. Od 13 odabranih studija tri su isključene zato što nisu rabile NIH-CPSI, tri zato što su bile na kineskom jeziku i dvije zato što su bile u formi kongresnog sažetka. Analizirano je pet studija s ukupno 563 bolesnika, a metodološka kvaliteta studija po Jadadu iznosila je četiri ili pet jedinica. Uporijebljeni alfa-blokatori bili su alfuzosin, terazosin, tamsulozin i doksazosin u trajanju od 6 tjedana do 6 mjeseci. Učinak liječenja alfa-blokatorima bio je izraženiji u bolesnika s kroničnim prostatitisom tipa III s visokim vrijednostima NIH-CPSI i izraženijim tegobama mokrenja, koji su manje selektivne alfa-blokatore alfuzosin, terazosin i doksazosin primali 3–6 mjeseci.

Descriptors: Prostatitis – diagnosis, drug therapy; Adrenergic alpha-antagonists – therapeutic use

Summary. Studies were identified on internet by searching on address: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> with criteria that studies should be placebo-controlled and randomized in trials of alpha-blockers in chronic category III prostatitis evaluated by symptom-score NIH-CPSI. From 13 clinical studies three were excluded because of not using NIH-CPSI, three were in Chinese language and two were congress abstracts. Analysed were five studies with four or five Jadad scale including 563 patients. Alpha-blockers alfuzosin, terazosin, tamsulosin and doxazosin have been used through 6 weeks and 6 months. Better results were accomplished by less selective alpha-blockers alfuzosin, terazosin and doxazosin through 3–6 months in patients having higher NIH-CPSI score and higher voiding score.

Liječ Vjesn 2011;133:177–180

Prostatitis je važan javnozdravstveni problem s prevalencijom od 11% do 16%.^{1,2} Rezultira s više od dva milijuna ambulantnih dolazaka na godinu u SAD-u.³ Kanadski urolog pregleda na godinu prosječno 262 bolesnika s prostatitisom.⁴ Prema Lobelu i Rodriguezu⁵ više od 50% muškaraca pogodeno je prostatitisom u određenoj fazi života. Prostatitis je čest uzrok smanjene produktivnosti na poslu ili izostanka s posla, što ima ekonomske implikacije.⁶ Negativan učinak prostatitisa na kvalitetu života sličan je smanjenoj kvaliteti života kod Crohnove bolesti i infarkta miokarda.^{7,8}

Važniji pomak u shvaćanju prostatitisa učinjen je 1990-ih godina, što je rezultiralo novom klasifikacijom (postignutom konsenzusom) koja je uključivala akutni bakterijski prostatitis (tip I), kronični bakterijski prostatitis (tip II), kronični prostatitis/sindrom kroničnih boli u zdjelici (tip III) i asimptomatski upalni prostatitis (tip IV).⁹ Prostatitis tipa III dijeli se dalje na tip IIIA (upalni) i tip IIIB (neupalni). Međunarodno priznati parametar utvrđivanja i praćenja prostatitisa je simptomski skor NIH-CPSI (engl. National Institutes for Health – Chronic Prostatitis Symptom Score), koji je standardan u kliničkoj praksi.^{10,11}

Prostatitis tipa III čini približno 90% svih slučajeva prostatitisa.¹² Etiopatogeneza prostatitisa tipa III nije potpuno razjašnjena¹³ i još uvijek ne postoji standardizirano liječenje.¹⁴ Općenito je slaganje među ekspertima da alfa-blokatori imaju korisnu ulogu¹⁵ i da su drugi po važnosti u liječenju prostatitisa tipa III, odmah nakon uroantiseptika.¹⁶

Razlog za uporabu alfa-blokatora je značajno preklapanje opstruktivnih i iritativnih smetnji mokrenja između prostatitisa i benigne hiperplazije prostate. Prema tome bi lijek koji pomaže za jedno stanje trebao biti učinkovit i za drugo. Barbalias¹⁷ navodi da povećanje maksimalnog uretralnog tlaka zatvaranja zbog hipertoničnosti prostate uslijed povećane adrenergičke aktivnosti u kroničnom prostatitisu rezultira disfunkcionalnim mokrenjem, intraduktalnim refluksum sadržaja uretre u prostatu i nespecifičnom upalom. Time se čini logičnim da se alfa-blokadom smanji adrenergička aktivnost, čime bi se spriječio taj proces i ublažile smetnje. Mogući učinak na ublažavanje tegoba mogla bi imati i alfa-blokada na ekstraprostatična mjesta, kao što su mokraćni mjehur¹⁸ i kralježnična moždina.¹⁹ Moguća uloga alfa-blokatora u ublažavanju simptoma prostatitisa mogla bi biti zbog povećanja krvne opskrbe prostate uslijed relaksacije glatkih mišića fibromuskularne strome i malih krvnih žila. U ovom je radu pretraživanjem literaturnih navoda ispitivana učinkovitost alfa-blokatora kod prostatitisa NIH III.

* **Opća bolnica Zabok** (prim. dr. sc. Silvio Altarac, dr. med.; prim. Zoran Rajković, dr. med.; Stanko Belina, dr. med.), **Klinički bolnički centar Split** (prim. mr. sc. Vedran Cindro, dr. med.), **Klinička bolnica Dubrava, Zagreb** (prim. dr. sc. Nikola Radović, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Prim. dr. sc. S. Altarac, Urološki odjel Opće bolnice Zabok, Bračak 8, 49210 Zabok, e-mail: silvio.altarac@vip.hr

Primljeno 30. svibnja 2009., prihvaćeno 15. veljače 2010.

Materijal i metode

Elektroničkim pretraživanjem baze podataka područja medicine Nacionalne knjižnice SAD-a i Nacionalnih instituta za zdravstvo SAD-a putem adrese <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> uključene su kliničke studije 1) koje su bile randomizirane s kontrolnim uzorkom koji je primao placebo, 2) u muškaraca oboljelih od prostatitisa tipa III, 3) u kojih su praćene tegobe s pomoću simptomskog skora NIH-CPSI i 4) koji su uzimali alfa-blokator. Studije su metodološki evaluirane s pomoću Jadadovih kriterija: 1) je li studija randomizirana? 2) je li studija dvostruko slijepa? 3) je li opisano ispadanje bolesnika iz studije? 4) je li randomiziranje opisano i je li odgovarajuće? i 5) je li dvostruko slijepo istraživanje opisano i je li odgovarajuće?^{20,21} Probrane randomizirane kontrolne studije imale su maksimalne 4 ili 5 jedinica prema Jadadovim kriterijima.

Rezultati

Rezultat pretraživanja naslova i sažetaka radova zaključno s 31. kolovoza 2009. godine bio je: 4927 radova s ključnom riječi prostatitis, 2374 kronični prostatitis, 115 kronični abakterijski prostatitis, 807 sindrom kroničnih boli u zdjelici i 130 prostatodinija. Zatim, nađeno je 52157 radova s pojmom alfa-blokatori, 374 alfa-adrenoreceptori, 366 alfuzosin, 1285 doksazosin, 796 tamsulosin i 721 terazosin. Kombinacijom istodobnog pretraživanja ključnih riječi alfa-blokatori i prostatitis nađeno je 136 radova koji su pročitani u cijelosti. Analizom prema Jadadovim kriterijima od 136 radova odabrano je njih 13, od kojih su tri bila isključena zbog toga što nisu rabili NIH-CPSI,²²⁻²⁴ tri rada su bila na kineskom jeziku,²⁵⁻²⁷ a dva su bila u formi kongresnog sažetka.^{28,29} Pet preostalih studija³⁰⁻³⁴ imalo je Jadadov zbroj^{20,21} od najmanje 4 ili 5 jedinica. Ukupno je praćeno 286 bolesnika s kroničnim nebakterijskim prostatitisom NIH III na alfa-blokatoru i 277 u kontrolnoj skupini na placebo (tablica 1). Iz tablice 1. je vidljivo da su u studijama izabrani muškarci prosječne dobi od 40 godina i raspona dobi od 19 do

70 godina, da se izbjegne preklapanje sa smetnjama benigne hiperplazije prostate kojoj učestalost raste nakon 50. godine života.

Mehik i sur.³⁰ imali su statistički značajno ($P=0,01$) poboljšanje NIH-CPSI nakon 6 mjeseci liječenja, koje je iznosilo $-9,9$ jedinica na alfuzosin i $-3,8$ jedinica na placebo (tablica 3). 65% bolesnika u odnosu na 24% u kontrolnoj skupini imalo je barem 33%-tno poboljšanje ukupnog broja NIH-CPSI ($P=0,020$). Ublažavanje boli od najmanje 33% bilo je u 60% bolesnika na alfuzosinu i samo 18% na placebo, što je bilo statistički značajno ($P=0,021$). Ipak, učinak alfuzosina na mokrenje ($P=0,512$) i na kvalitetu života ($P=0,744$) nije bio statistički značajan.

U studiji Cheaha i sur.³¹ bolesnici s kroničnim prostatitisom/kroničnim bolima u zdjelici imali su nakon 14 tjedana na terazosinu u 57% poboljšanje NIH-CPSI (pad s 25,1 na 10,8, $P<0,001$) za razliku od 37% poboljšanja u placeboj grupi (pad s 27,2 na 17,0, $P<0,001$) (tablica 3). Dakle, 57% smanjenje NIH-CPSI u bolesnika na terazosinu je bilo 1,5 puta veće od 37%-tnog smanjenja u grupi na placebo ($P=0,01$). Nakon 14 tjedana na terazosinu statistički je značajno ($P<0,05$) bilo poboljšanje svih triju komponenata NIH-CPSI vezano za bol, mokrenje i kvalitetu života. Na primjer, među bolesnicima na terazosinu 56% je bilo zadovoljno kvalitetom života za razliku od 33% u kontrolnoj skupini.

U studiji Alexandra i sur.³² ukupni zbroj NIH-CPSI poboljšanje je 4,4 jedinice nakon 6 tjedana uzimanja tamsulozina, od čega su 2,3 otpadale na komponentu boli, 0,9 na mokrenje i 1,3 na kvalitetu života. U kontrolnoj skupini bilo je smanjenje NIH-CPSI od 3,4 jedinice (tablica 3).

Šestomjesečno liječenje doksazosinom od 4 mg na dan u studiji Tugcu i sur.³³ značajno je ($P<0,001$) smanjilo za 10,7 jedinica simptomski skor NIH-CPSI: boli su smanjene za 4,7 jedinica, smetnje mokrenja su poboljšane za 2,2 jedinice i kvaliteta života je poboljšana za 3,8 jedinica. Grupa na placebo imala je stabilan NIH-CPSI s 22,9 jedinica na početku i 21,9 jedinica nakon šest mjeseci (tablica 3).

Studija Nickela i sur.³⁴ s bolesnicima na alfuzosinu od 10 mg na dan tijekom 12 tjedana je pokazala smanjenje NIH-CPSI za 7,1 jedinica u odnosu na smanjenje od 6,5 jedinica u grupi na placebo (učinak liječenja bio je samo 0,6 jedinica s $p=0,70$, što nije statistički značajno).

Učinak liječenja alfa-blokatorima na NIH-CPSI bio je izraženiji u dugotrajnim studijama od 6 mjeseci^{30,33} u odnosu na kratkotrajnije 6-tjedne ili 12-tjedne studije.^{32,34}

Rasprava

Sistematskim pregledom podataka obuhvaćeno je pet randomiziranih studija s placebo u kontrolnoj skupini radi

Tablica 1. Dob bolesnika i područje odakle su studije
Table 1. Age of patients and region of included studies

	Dob bolesnika (god.) Age of patients (yrs)	Područje Region
Mehik 2003 ³⁰	49 (20–70)	Finska/ Finland
Cheah 2003 ³¹	36 (24–49)	Malezija/ Malaysia
Alexander 2004 ³²	45,3±9,7	SAD/USA
Tugcu 2007 ³³	29,1±5,2 (22–42)	Turska/ Turkey
Nickel 2008 ³⁴	40,1±11,4 (19–68)	Kanada/ Canada

Tablica – Table 2. Metodološka kvaliteta studija / Methodological quality of studies

	Broj bolesnika (liječenje/kontrola) Number of patients (therapy/control)	Liječenje i doza lijeka Therapy and dose of drug	Trajanje liječenja (tj.) Th. duration (wks)	Kvaliteta metode (Jadadov zbroj) Methodological quality (Jadad-score)
Mehik i sur./et al ³⁰	19/21	Alfuzosin 2×5mg/d	24	4
Cheah i sur./et al ³¹	50/50	Terazosin 1 mg–5 mg/d	14	5
Alexander i sur./et al ³²	49/49	Tamsulozin/ Tamsulosin 0,4 mg/d	6	5
Tugcu i sur./et al ³³	30/23	Doksazosin/ Doxazosin 4 mg/d	24	5
Nickel i sur./et al ³⁴	138/134	Alfuzosin 10 mg/d	12	5
Ukupno/Total	286/277			

Tablica 3. NIH-CPSI prije i nakon liječenja
Table 3. NIH-CPSI before and after treatment

	Br. bolesnika No. patients	Skor boli Pain score	Skor mokrenja Voiding score	Skor kvalitete života Impact on QOL*	Ukupan skor Total score
Srednji simptomski skor ± SD Mean symptom score ± SD					
Mehik i sur. ³⁰					
Liječenje/treatment					
Prije/ before	19	13	5	8	26
Nakon/after	17	7,9	–	–	16,1
		P=0,01	NZ/NS	NZ/NS	P=0,01
Placebo					
Prije/before	21	12	4	7	23
Nakon/after	20	10,9	–	–	19,2
Cheah i sur. ³¹					
Liječenje/treatment					
Prije/before	50	11,7±3,4	5,1±3,7	8,3±2,6	25,1±7,1
Nakon/after	43	5,2±5,7	2,0±2,8	3,6±3,4	10,8±9,0
		P<0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,001
Placebo					
Prije/before	50	12,6±3,7	5,4±3,7	8,9±2,3	27,2±7,7
Nakon/after	43	7,8±6,7	3,6±3,6	5,5±3,9	17,0±12,1
Alexander i sur. ³²					
Liječenje/ treatment					
Prije/before	49	11,1±3,3	4,5±2,8	4,5±1,1	23,8±6,3
Nakon/after	45	8,8±3,7	3,6±2,0	3,2±2,0	19,4±6,3
		P>0,200	P>0,200	P>0,200	P>0,200
Placebo					
Prije/before	49	11,5±3,4	4,9±2,9	4,7±0,9	25,1±5,9
Nakon/after	45	9,9±2,9	4,4±2,0	3,5±1,5	21,7±5,0
Tugcu i sur. ³³					
Liječenje/treatment					
Prije/before	30	9,9±1,6	5,2±1,0	8,0±0,9	23,1±1,8
Nakon/after	29	4,7±1,2	2,2±0,8	3,8±1,1	10,7±1,3
		P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,001
Placebo					
Prije/before	30	9,2±0,9	6,6±0,8	7,1±1,1	22,9±1,2
Nakon/after	28	8,6±0,8	6,4±1,0	6,9±1,1	21,9±1,2
Nickel i sur. ³⁴					
Liječenje/treatment					
Prije/before	138	11,3±3,6	5,1±2,9	8,2±2,2	24,6±6,2
Nakon/after	116	8,0±4,5	3,9±2,6	7,0±1,5	17,5±9,0
		P=0,64	P=0,62	P=0,99	P=0,70
Placebo					
Prije/before	134	12,2±3,0	4,5±2,5	8,3±1,9	25,0±5,1
Nakon/after	117	9,2±4,4	3,5±2,6	7,1±1,5	18,5±8,5

* Quality of life

utvrđivanja učinkovitosti alfa-blokatora u 563 bolesnika s prostatitisom tipa NIH III. Iako su sve studije pratile NIH-CPSI kao rezultat liječenja alfa-blokatorima, razlikovao se način prikazivanja podataka. Nije bilo slaganja ni u kriteriju uspješnosti liječenja. Je li liječenje uspješno u slučaju smanjenja NIH-CPSI za 4 ili 6 jedinica (odnosno za neki drugi broj jedinica)? Pojedine su studije uzimale u obzir komponentu kvalitete života NIH-CPSI, ali ni to nije bio kriterij

uspješnosti liječenja. Upravo taj nedostatak kriterija bio je ograničenje u ujedinjavanju rezultata pojedinih studija.

Manje selektivni alfa-blokatori alfuzosin, terazosin i doksazosin, ako se primjenjuju dovoljno dugo, imali su bolji učinak od selektivnijeg tamsulozina, jer ne djeluju samo na kompleks vrata mokraćnog mjehura i prostate nego i na mokraćni mjehur u cijelosti i na lednu moždinu. Studije su bile provedene u Finskoj,³⁰ Maleziji,³¹ SAD-u,³² Turskoj³³ i Kanadi,³⁴ a razlike u rezultatima mogle bi upućivati na različite genske, okolišne i kulturološke razlike među ispitivanim populacijama (tablica 1). Nadalje, bolesnici iz Finske, Malezije i Turske kod kojih je prvi put bio upotrijebljen alfa-blokator mogli su drugačije reagirati od bolesnika iz studija provedenih u SAD-u i Kanadi, gdje su bolesnici već bili liječeni alfa-blokatorima i mogli su činiti tzv. »refrakternu« podskupinu. Dakle, dugotrajno liječenje bolesnika koji nikada prije nisu bili na alfa-blokatorima je rezultiralo boljim uspjehom liječenja. Alfa-blokatore bi trebalo davati u slučaju prostatitisa tipa NIH III 3–6 mjeseci,^{30,31,33} a možda i dulje. U studiji Mehik i sur.³⁰ učinkovitost alfa-blokatora bila je izražena tijekom faze aktivnog liječenja, nakon čega bi se simptomi postepeno vraćali tijekom idućih 6 mjeseci praćenja. Trebalo bi naglasiti da se poboljšanje kvalitete života očituje djelovanjem i na komponentu boli i na komponentu mokrenja NIH-CPSI. Zbog različitih kriterija i time stvorene »heterogeničnosti« učinaka alfa-blokatora na prostatitis tipa NIH III najbolje bi bilo da sami istraživači postignu konsenzus za buduće studije.

Zaključak

Manje selektivni alfa-blokatori alfuzosin, terazosin i doksazosin primijenjeni najmanje 3–6 mjeseci mogli bi imati »korisnu ulogu« u liječenju bolesnika sa prostatitisom tipa NIH III s umjereno i znatno izraženim vrijednostima NIH-CPSI od više od 20 jedinica uz osobito izražene smetnje mokrenja od više od 6 jedinica, a koji nikada ranije nisu dobivali alfa-blokatore.

LITERATURA

1. Roberts RO, Lieber MM, Rhodes T, Girman CJ, Bostwick DG, Jacobsen SJ. Prevalence of a physician-assigned diagnosis of prostatitis: the Olmsted County Study of Urinary Symptoms and Health Status Among Men. *Urology* 1998;51:578–84.
2. McNaughton-Collins M, Meigs JB, Barry MJ, Walker Corkery E, Giovannucci E, Kawachi I. Prevalence and correlates of prostatitis in Health Professionals Follow-up Study Cohort. *J Urol* 2002;167:1363–6.
3. McNaughton-Collins M, Stafford RS, O'Leary MP, Barry MJ. How common is prostatitis? A national survey of physician visits. *J Urol* 1998;159:1224–8.
4. Nickel JC, Nigro M, Valiquette L i sur. Diagnosis and treatment of prostatitis in Canada. *Urology* 1998;52:797.
5. Lobel B, Rodriguez A. Chronic prostatitis: what we know, what we do not know, and what we should do! *World J Urol* 2003;21:57–63.
6. Calhoun EA, McNaughton-Collins M, Pontari MA i sur. The economic impact of chronic prostatitis. *Arch Intern Med* 2004;164:1231–6.
7. Krieger JN, Heiman JR, Rithman I, Berghuis JP, Berger BE. Sickness impact on chronic nonbacterial prostatitis and its correlates. *J Urol* 1996;155:965–8.
8. Schaeffer AJ, Datta NS, Fowler Jr JE i sur. Overview summary statement: diagnosis and management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS). *Urology* 2002;60:1–4.
9. Krieger JN, Nyberg L Jr, Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis. *JAMA* 1999;28:236–7.
10. Litwin MS, McNaughton-Collins M, Fowler FJ Jr i sur. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. *J Urol* 1999;162:369–75.
11. Probert KJ, Litwin MS, Wang Y i sur. Responsiveness of the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI). *Qual Life Res* 2006;15:299–305.

12. *Nickel JC.* The use of α_1 -adrenoreceptor antagonists in lower urinary tract symptoms: Beyond benign prostatic hyperplasia. *Urology* 2003;62 (Suppl 1):34–41.
13. *Schaeffer AJ.* Editorial: emerging concepts in the management of prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Urol* 2003;169:597–8.
14. *Schaeffer AJ.* Etiology and management of chronic pelvic pain syndrome in men. *Urology* 2004;63(Suppl 1):75–84.
15. *Shaeffer AJ, Weidner W, Barbalias GA i sur.* Summary Consensus Statement: diagnosis and management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Eur Urol* 2003;2 Suppl:1–4.
16. *Anderson RU.* Management of chronic prostatitis – chronic pelvic pain syndrome. *Urol Clin North Am* 2002;29:235–9.
17. *Barbalias GA.* Why alpha-blockers in prostatitis? *Eur Urol* 2003;2 (Suppl):27–9.
18. *Malloy BJ, Price DT, Price RR i sur.* Alpha 1-adrenergic receptor subtypes in human detrusor. *J Urol* 1998;160:937–43.
19. *Ishizuka O, Persson K, Mattiasson A, Naylor A, Wylie M, Andersson K.* Micturition in conscious rats with and without bladder outlet obstruction: role of spinal α_1 -adrenoceptors. *Br J Pharmacol* 1996;117:962–6.
20. *Jadad AR, Moore RA, Carroll D i sur.* Assessing the quality of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trials* 1996;17(1):1–12.
21. *Jadad AR, Gagliardi A.* Examination of instruments used to rate quality of health information on the internet. *Br Med J* 2002;324:569–73.
22. *Lacquaniti S, Destito A, Servello C i sur.* Terazosine and tamsulosin in nonbacterial prostatitis: a randomized placebo-controlled study. *Arch Ital Urol Androl* 1999;71:283–5.
23. *Gul O, Eroglu M, Ozok U.* Use of terazosine in patients with chronic pelvic pain syndrome and evaluation by prostatitis symptom score index. *Int Urol Nephrol* 2001;32:433–6.
24. *Evliyaoglu Y, Burgut R.* Lower urinary tract symptoms, pain and quality of life assessment in chronic nonbacterial prostatitis patients treated with alpha-blocking agent doxazosin versus placebo. *Int Urol Nephrol* 2002;34:351–6.
25. *Wang J, Li J, Lu R, Wang JM.* Treatment of external RF hyperthermia combining with alpha 1-adrenergic receptor blocker for patients with prostatodynia and chronic non-bacterial prostatitis. *Zhonghua Nan Ke Xue* 2002;8:48–50.
26. *Shen B, Jin X, Cai S i sur.* Effect and mechanism of alpha 1-adrenoceptor blocker combined with antibiotics for chronic prostatitis. *Zhonghua Nan Ke Xue* 2004;10:518–20.
27. *Lu M, Zhao ST, Wang SM, Shi BK, Fan YD, Wang JZ.* Alpha-blockers and bioflavonoids in men with chronic nonbacterial prostatitis (NIH-IIIa): a prospective, placebo-controlled trial. *Zhonghua Liuxing Bingxue Zazhi* 2004;25:169–72.
28. *Sivkov A, Oshepkov V, Egorov A, Pataki K.* Terazosin in patients with chronic prostatitis. *Br J Urol Int* 2004;94(Suppl):5.
29. *Batstone RD, Lynch J, Dobbie A.* A randomized-placebo controlled pilot study of tamsulosin, naproxen, and combination in category IIIA/IIIB chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Urol* 2005;173 (Suppl):30.
30. *Mehik A, Alas P, Nickel J, Sarpola A, Helstrom P.* Alfuzosin treatment for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled, pilot study. *Urology* 2003;62:425–9.
31. *Cheah PY, Liong ML, Yuen KH i sur.* Terazosin therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized placebo controlled trial. *J Urol* 2003;169:592–6.
32. *Alexander RB, Propert KJ, Schaeffer AJ i sur.* Ciprofloxacin or tamsulosin in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized, double-blind trial. *Ann Intern Med* 2004;141:581–9.
33. *Togcu V, Tasci AI, Fazlioglu A i sur.* A placebo-controlled comparison of the efficiency of triple- and monotherapy in category III B chronic pelvic pain syndrome (CPPS). *Eur Urol* 2007;51:1113–8.
34. *Nickel JC, Krieger JN, McNaughton-Collins M i sur.* Alfuzosin and symptoms of chronic prostatitis – chronic pelvic pain syndrome. *N Engl J Med* 2008;359:2663–73.

PRIDRŽAVANJE KLASIFIKACIJSKIH KRITERIJA AMERICAN EUROPEAN CONSENSUS GROUP ZA SJÖGREN OV SINDROM U DIFERENCIJALNOJ DIJAGNOSTICI KSEROSTOMIJE

ADHERENCE TO »AMERICAN EUROPEAN CONSENSUS GROUP« CLASSIFICATION CRITERIA FOR SJÖGREN'S SYNDROME IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF XEROSTOMIA

SLAVICA PEJDA, IVAN ALAJBEG, IVA ALAJBEG*

Deskriptori: Sjögrenov sindrom – klasifikacija, dijagnoza, komplikacije; Kserostomija – dijagnoza, epidemiologija, etiologija; Žlijezde slinovnice – sekrecija; Salivacija – učinci lijekova; Hrvatska – epidemiologija; postupnici

Sažetak. Svrhe rada su dobiti epidemiološke i etiološke podatke o problemu kserostomije u dijelu hrvatske populacije i utvrditi dosljednost pridržavanja klasifikacijskih kriterija American European Consensus Group (AECG) za Sjögrenov sindrom (SSj), s ciljem identificiranja moguće potrebe za poboljšanjem dijagnostičkog postupka u diferencijalnoj dijagnostici kserostomije. Retrospektivno istraživanje provedeno je u Zavodu za oralnu medicinu među bolesnicima primljenima zbog osjećaja suhih usta. Uključne kriterije zadovoljilo je 395 bolesnika. Napravljena je baza epidemioloških, kliničkih i sijaometrijskih podataka, nalaza seroloških, scintigrafskih, ultrazvučnih i patohistoloških pretraga žlijezda slinovnica te podataka o farmakoterapiji. Rabili su se deskriptivni statistički postupci. Salivarna hipofunkcija dokazana je u 74% bolesnika. Najčešći vjerojatni uzrok kserostomije bila je farmakoterapija. SSj je dokazan u 6,7% ispitanika sa kserostomijom, dok u 8% postoji visoka sumnja, ali biopsija labijalnih slinovnica nije učinjena, što upućuje na nepridržavanje kriterija AECG za dijagnostiku SSj-a. Nužno je provoditi kriterije AECG u obradi bolesnika sa suhim ustima i provesti edukaciju liječnika opće prakse, stomatologa i bolesnika o kserogenim nuspojavama farmakoterapije.

* **Zavod za oralnu medicinu, Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu** (Slavica Pejda, dr. stom.; prof. dr. sc. Ivan Alajbeg, dr. stom.), **Zavod za mobilnu protetiku, Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu** (doc. dr. sc. Iva Alajbeg, dr. stom.)

Adresa za dopisivanje: Doc. dr. sc. I. Alajbeg, Sveučilište u Zagrebu, Stomatološki fakultet, Zavod za oralnu medicinu, Gundulićeva 5, 10000 Zagreb, e-mail: alajbeg@sfzg.hr

Primljeno 26. studenoga 2008., prihvaćeno 22. prosinca 2010.