

Yard. Doç. Dr. Fikret ERDEMİR*
Doç. Dr. Bekir Süha PARLAKTAŞ*
Yard. Doç. Dr. Nihat ULUOCAK*
Araş. Gör. Dr. Adem YAŞAR*
Yard. Doç. Dr. Ünal ERKORKMAZ**
Araş. Gör. Dr. Metehan CELEP ***

İletişim (Correspondance)

Fikret ERDEMİR
Yeşilirmak Mah. Bosna Cad. Sok. No : 7 ,
Mollaogulları Apt. K : 2 D : 3
60100/TOKAT

Tel: +356 2133844
e-mail: fikreterdemir@mynet.com
fikreterdemir2003@yahoo.com

* Üroloji A.D.
GOÜ
** Biyoistatistik A.D.
GOÜ
*** Aile Hekimliği A.D.
GOÜ

RESEARCH

THE EVALUATION OF ERECTILE DYSFUNCTION AND EJACULATORY DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME (TYPE 3 CHRONIC PROSTATITIS)

ABSTRACT

Introduction: Prostatitis is a common and serious health problem affecting the quality of life in men. Chronic prostatitis / Chronic pelvic pain syndrome is the most common form of the prostatitis syndrome, and estimated to be eight times more frequent than chronic bacterial prostatitis. Sexual dysfunction caused by chronic prostatitis is gaining recognition. Limited studies exist on the relation of CPSS to premature ejaculation and erectile dysfunction. The aim of this study to investigate the prevalence of sexual dysfunction in men with type 3 chronic prostatitis.

Material and Methods: Between January 2004 and April 2007, a total of 57 heterosexual men aged 23-51 years with CPPS (group 1) and another 40 male healthy subjects (group 2) were included in this study. All patients were evaluated with physical examination, urinalysis, routine biochemical and hematologic analysis, uroflowmetry, urinary ultrasonography, and cystoscopy, urodynamic evaluation and pelvic CT if indicated. The erectile dysfunction was evaluated with International Erectile Function Scale (IIEF).

Results: The mean age of the patients was 37.2 (range 23 to 51) years and 36.8 (range 21 to 54) years, in group 1 and group 2, respectively ($p > 0.05$). The prevalence of total sexual dysfunction in patients with chronic prostatitis was 50.87%: 14.03% of the subjects with isolated premature ejaculation, 8.7% with isolated erectile dysfunction and 28.07% with both premature ejaculation and erectile dysfunction. The sexual dysfunction rate was found as 17.5% in group 2. There was a statistically significant difference according to sexually dysfunction rates between group 1 and group 2 ($p < 0.001$).

Conclusions: Results in our study showed a high prevalence of sexually dysfunction in patients with chronic prostatitis. For this reason CPSS always should be keep in mind in the etiology of erectile and ejaculatory disorders.

Key Words: Prostatitis, erectile dysfunction, ejaculation

ARAŞTIRMA

KRONİK PELVİK AĞRI SENDROMLU HASTALARDA (TİP 3 KRONİK PROSTATİT) EREKTİL DİSFONKSİYON VE EJAKÜLASYON BOZUKLUGUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZET

Giriş: Prostatitler kişilerin yaşam kalitelerini etkileyen önemli bir sorundur. Kronik prostatit ya da kronik pelvik ağrı sendromu en sık görülen prostatit grubunu oluşturmakta olup kronik bakteriyel prostatitlerden yedi kat fazla görülmektedirler. Kronik prostatitler ile seksüel işlev bozukluğu arasındaki ilişki yeni önem kazanmaya başlamıştır. Literatürde sınırlı sayıda çalışmada kronik prostatitler ile erektil disfonksiyon ve ejakülasyon bozukluğu ilişkisi bildirilmiştir. Bu çalışmanın amacı kliniğimizde tip 3 kronik prostatit tanısı ile takipleri yapılarak değerlendirilen hastalardaki erektil disfonksiyon ve ejakülasyon bozukluklarının oranını saptamaktır.

Materyal ve Metod: Ocak 2004 ile Nisan 2007 tarihleri arasında yapılan değerlendirmeler sonucu tip III kronik prostatit tanısı konulan 57 hasta (grup 1) ile herhangi bir yakınması olmayan 40 olgu (grup 2) çalışmaya dahil edildi. Hastalar ayrıntılı öykü, fizik muayene, idrar akım hızı, üriner ultrasonografi, direk üriner sistem grafleri, tam idrar tetkiki ve gerektiğinde ürodinami, pelvik tomografi ya da sistoskopi ile değerlendirildiler. Erektile disfonksiyon Uluslararası Erektile Fonksiyon Skalası (IIEF) ile değerlendirildi.

Bulgular: Grup 1 ve grup 2'deki hastaların ortalama yaşı sırası ile 37.2 (23-51) yıl ve 36.8 (21-54) yıl olarak saptandı ($p > 0.05$). Grup 1'de toplam seksüel disfonksiyon oranı %50.87 ($n=29$) olarak saptandı. Hastaların %8.7'sinde ($n=5$) izole erektil disfonksiyon, %14.03'ünde ($n=8$) izole ejakülasyon bozukluğu ve %28.07'sinde de ($n=16$) erektil disfonksiyon ve ejakülasyon bozukluğunun beraber olduğu tespit edildi. Hastaların değerlendirilmesinde en sık ejakülasyon yakınmasının erken ejakülasyon bozukluğu olduğu gözlemlendi. Kontrol grubunda cinsel işlev bozukluğu oranı %17.5 ($n=7$) olarak saptandı. İki grup arasında cinsel işlev bozukluklarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($p < 0.001$).

Sonuç: Yaşam kalitesini ciddi oranlarda bozan tip 3 kronik prostatitlerde erektil disfonksiyon ve ejakülasyon bozukluğu önemli oranlarda görülebilmektedir. Bu nedenle erektil disfonksiyon ve ejakülasyon bozukluklarının etiolojisinde kronik prostatit olabileceği daima göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Prostatit, erektil disfonksiyon, ejakülasyon

GİRİŞ

Üriner sistemde prostat hastalıkları ve taş hastalıkları ile birlikte en sık görülen bozukluk infeksiyon hastalıklarıdır¹. Prostat bezinin inflamasyonu olarak tanımlanan prostatitler 50 yaşın altındaki erkeklerde en sık ve 50 yaşın üzerindeki erkeklerde ise benign prostat hiperplazisi (BPH) ve prostat kanseri sonrası üçüncü. en sık tanı konulan üriner sistem hastalığını oluşturmaktadır². Prostatitler üroloji uzmanlarının hastalarının ise %8-20'sini oluşturmaktadır. Kişilerin sosyal yaşamını ciddi olarak etkileyen kronik prostatitler içerisinde en sık kronik pelvik ağrı sendromu (KPAS) olarak bilinen tip 3 kronik prostatit görülmektedir³.

Eretil disfonksiyon (ED) vaginal penetrasyonu sağlayacak nitelikte penis ereksiyonunun sağlanması ve/veya sürdürülmesindeki aksaklık olarak tanımlanmaktadır⁴. Santral, hormonal ve periferik etki mekanizmaları altında gerçekleşen ereksiyonda temel olay cinsel uyarı sonrası korpus kavernozumdaki düz kas elemanlarının relaksasyonunu takiben sinüzoidlerin kan ile dolmaya başlamasıdır⁵. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ED'nin prevalansı %69.2 olarak tespit edilmiş olup, bunun %33.2'si hafif, % 27.5'i orta derecede ve %8.5'i de tam ED olarak bildirilmiştir⁶. Eretil disfonksiyonun nedenleri oldukça geniş olup psikojenik, hormonal, nörojenik, venöz ve sinüzoidal bozukluklar, ilaçlar ile sistemik ve kronik hastalıkları içermektedir⁴. Erkeklerde en sık görülen seksüel disfonksiyon bozukluğu ise erken ejakülasyon olarak bildirilmektedir⁷. Erken ejakülasyon etiolojisinde de psikojenik, nörolojik yakınmalar ve prostatitler yer almaktadır⁵.

Kronik prostatitli olguların %21.5 ile %77'sinde seksüel fonksiyon bozuklukları görüldüğü çalışmalarda bildirilmiştir^{8,11}. Seksüel fonksiyon bozuklukları izole erektile disfonksiyon, izole ejakülasyon bozukluğu, libido azlığı ya da erektile disfonksiyon ve ejakülasyon bozukluğunun beraber görüldüğü kombine bozukluklar şeklinde olabilmektedir^{9,10}. Bu çalışmanın amacı kliniğimizde tip 3 kronik prostatit tanısı ile takipleri yapılarak değerlendirilen hastalardaki erektile disfonksiyon ve ejakülasyon bozukluklarının oranının saptanması ve elde edilen bulguların literatür eşliğinde tartışılmasıdır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya Ocak 2004 ve Nisan 2007 tarihleri arasında kliniğimize kronik ürogenital yakınmalar ile başvurup yapılan

değerlendirmeleri sonucu kronik pelvik ağrı sendromu (KPAS) tanısı konularak takipleri yapılan 57 hasta (Grup 1) ile herhangi bir üriner sistem yakınması olmayan 40 olgu (Grup 2) dahil edildi. Hastalar kliniğimizde ayrıntılı öykü, fizik muayene, tam idrar tetkiki ve idrar kültürü, idrar akım hızı ölçümü ve üriner sistem ultrasonografisi ile değerlendirildiler. Gerekliğinde hastalar ürodinamik inceleme, transrektal ultrasonografi, üretroskopi ve sistoskopi, pelvik manyetik rezonans (MR) incelemesi ve serum prostatik spesifik antijen (PSA) düzeyleri ile değerlendirildiler. Değerlendirmeler sonucu herhangi bir kronik metabolik bozukluğu olan hastalar ile antidepressan ilaç kullanan hastalar, üretra darlığı, yüksek serum PSA düzeyi, nörojenik mesane ve mesane tümörü saptanan hastalar çalışma dışı bırakıldılar. Bundan başka son bir ay içerisinde üriner sistem infeksiyonu bulunan hastalar da çalışma dışı bırakıldılar. Ereksiyon değerlendirmeleri için Uluslararası Eretil Fonksiyon Skalası (IIEF) kullanıldı. Gruplar arasında cinsel işlev bozuklukları karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanıldı. P değerinin 0.05'in altında olması anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR

Grup 1 ve grup 2'deki hastaların ortalama yaşı sırası ile 37.2 (23-51) yıl ve 36.8 (21-54) yıl olarak saptandı ($p>0.05$). Grup 1'de bulunan hastaların prostatit yakınmalarının süresi 1.1 yıl olarak saptandı. Toplam seksüel disfonksiyon oranı grup 1'de %50.87 (n=29) ve grup 2'de de %17.5 (n=7) olarak saptandı ($X^2=11.220$, $p<0.001$). Grup 1'deki hastaların %8.7'sinde (n=5) izole erektile disfonksiyon, %14.03'ünde (n=8) izole ejakülasyon bozukluğu ve %28.07'sinde de (n=16) erektile disfonksiyon ve ejakülasyon bozukluğunun beraber olduğu tespit edildi. Hastaların değerlendirilmesinde en sık ejakülasyon yakınmasının erken ejakülasyon bozukluğu olduğu gözlemlendi.

TARTIŞMA

İlk olarak 1815 yılında Legneau tarafından ortaya konulan İ prostatit kelime anlamı olarak prostat bezinin inflamasyonu olarak bilinmektedir¹². Bununla birlikte pratikte üriner sistem semptomları, enflamasyon, prostat kökenli ağrı ve etiyo-patojenezi tam anlaşılmayan klinik tabloyu ifade etmek için kullanılmaktadır¹². Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl yaklaşık 2 milyon kadar hastanın prostatit benzeri yakınmalarla hekim-

lere başvurduğu ve her yıl bu sayıya 267 000 hastanın eklendiği bilinmektedir¹³. Bu sayılar prostatit yakınmasının neredeyse kalp hastalıkları ve diyabetes mellitus gibi hastalıklarla benzer prevalans oranlarına sahip olduğunu göstermektedir¹³. Genel olarak erkeklerin %50'sinin hayatlarının bir döneminde prostatit benzeri bir atak geçirdiği ve bunların da %8'inin hekime başvurduğu bildirilmektedir. Prostatitler 1968 yılında Meares ve Stamey'in 4 tüp testini tanımlamalarından sonra 1998 yılında Ulusal Sağlık Enstitüsü tarafından kabul edilen yeni sınıflamaya göre akut bakteriyel prostatit, kronik bakteriyel prostatit, kronik pelvik ağrı sendromu (KPAS) ve asemptomatik inflamatuvar prostatit olmak üzere 4 gruba ayrılmaktadırlar¹⁴. Bu gruplar içinde tip 3 kronik prostatit olarak bilinen KPAS %90-95 oranı ile en sık görülen grubu oluşturmaktadır. Bu kadar sık görülmelerine rağmen tedavisi ve eti-yopatogenezindeki belirsizlikler halen devam etmektedir¹⁵.

Eretil disfonksiyonun etiolojisinde sıklıkla metabolik bozukluklar, vasküler hastalıklar ve endokrin nedenler bildirilirken diğer nedenleri psikolojik sorunlar ve kronik hastalıklar oluşturmaktadır^{4,5}. Çalışmalarda kronik prostatitli hastaların önemli bir kısmında cinsel işlev bozuklukları görüldüğü bildirilmektedir^{8,10}. Yaşları 20 ile 59 arasında değişen kronik prostatitli hastaların değerlendirildiği bir çalışmada seksüel fonksiyon bozukluğu oranı %49 olarak bildirilirken 146 hastanın değerlendirildiği bir başka çalışmada bu oran %92 olarak bildirilmektedir^{16,17}. Çalışmamızda da seksüel işlev bozukluğu oranı %50.87 olarak saptandı. Seksüel işlev bozukluğu incelendiğinde izole erektile disfonksiyon oranının ejakülasyon bozukluklarına göre daha az görüldüğü bildirilmektedir. Liang ve ark.'nın kronik prostatitli 2000 hastayı değerlendirdikleri çalışmalarında izole erektile işlev bozukluğu oranı %15 olarak bildirilmektedir¹⁷. Ülkemizde Gönen ev ark.'nın yapmış olduğu çalışmada ise bu oran %15.2 olarak bildirilmektedir¹⁸. Eretil işlev bozukluğunun kronik prostatitli hastalarda çeşitli nedenlere bağlı olarak gelişebileceği bildirilmektedir. Buna göre hastaların yaşam kalitelerinin bozulması ya da psikolojik sorunlarının olması etiolojide ileri sürülmektedir^{19,21}. Yapılan çalışmalarda kronik prostatitlerin, kişilerin sosyal yaşamlarını ciddi olarak etkilediği ve bu etkinin akut myokard infarktüsü, stabil olmayan göğüs ağrısı, aktif crohn hastalığı ve son dönemlerde de diyabetes mellitus kadar olduğu gösterilmiştir^{22,23}. Yine kronik prostatitin neden olduğu hiperemi ve ödemin ereksiyon merkezini sürekli uyardığı ve etkisini bozabildiği bildirilmektedir. Sonuçta ihtiyaç anında ereksiyonun zor olabileceği belirtilmektedir⁵.

İlk kez 1887 yılında Gross tarafından olgu sunumu şeklinde bildirilen ve kişinin isteğine bağlı olmaksızın vaginal penetrasyon öncesinde ya da sırasında veya hemen sonrasında; minimal stimülasyon ile oluşan sürekli ya da tekrarlayan ejakülasyon şeklinde tarif edilen erken ejakülasyonun erkeklerde en sık görülen cinsel fonksiyon bozukluğu olduğu bilinmektedir²⁴. Erken ejakülasyonun etiolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte psikolojik ve somatik faktörlerin bütününe içeren kompleks bir durum olduğu kabul edilmektedir⁸. Erken ejakülasyon, kişi ve partnerinin cinsel ve sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkileyen önemli bir sorundur. Cinsel yönden aktif erkek toplumunda erken ejakülasyon prevalansı %4-39 oranındadır. Carson ve ark.'nın 1320 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada erken ejakülasyon şikayeti olduğunu bildirenlerin oranının %18 olduğu ve prevalansının ise 60 yaş üstü erkeklerde %27, 50-59 yaş grubunda %13 ve 40-49 yaş grubunda da %16 olduğu saptanmıştır²⁵. Erken ejakülasyon bozukluğunun etiolojisinde, medulla spinalis tümörleri, multipl skleroz, benign prostat hiperplazisi, nörojenik kontrol mekanizmasının gecikmesi, penis hipersensitivite, refleks hiperekstabilite, dorsal sinir fonksiyon bozuklukları veya glansta bulunan Paccini cisimciklerinin sayısının artması, düşük veya yüksek serum tiroksin seviyeleri, düşük seminal magnezyum düzeyleri, fiziksel travma ve farmakolojik yan etkiler ve prostatitler gibi organik nedenler ile psikolojik sebepler, psikoseksüel yetenek azlığı ve ilişkiyle ilgili stres gibi organik olmayan nedenler sayılabilir²⁶. Kronik prostatitli hastalarda ejakülasyon bozukluğunun açıklanmasında, inflamasyonun duyuşal feedback mekanizmasını bozarak ejakülatuar refleksi artırması ve orgazm öncesi kontrolün kalkması ileri sürülmektedir. Kronik prostatitli hastalarda ejakülasyon bozukluğu oranı %20-77 arasında değişmektedir^{9,10,24,25}. Çalışmamızda da izole ejakülasyon bozukluğu oranı %28.07 olarak bulunmuştur. Öte yandan prematür ejakülasyonlu hastalarda da kronik prostatit oranının yüksek olduğu gösterilmiştir. Screponi ve ark. çalışmalarında kronik prostatitli 46 hastanın %63.5'inde erken ejakülasyon saptanmıştır²⁷. Hastaların bir kısmında da ağırlı ejakülasyon tarif edildiği görülmektedir^{24,25}. Ağırlı ejakülasyon ile KPAS arasındaki ilişki incelendiğinde ağrının ejakülasyon öncesi, ejakülasyon sırasında ya da ejakülasyon sonrasında olabileceği görülmektedir. Kronik pelvik ağrı sendromlu olan hastaların bir kısmında da hem ejakülasyon hem de ereksiyon bozukluklarının birlikte görüldüğü rapor edilmiştir²⁸. Liang ve ark.'nın çalışmalarında erektile disfonksiyon ve ejakülasyon bozukluğunun birlikte görüldüğü hastaların oranı %7.7 olarak bildirilmektedir¹⁷. Çalışmamızda ise bu oran %28.07 olarak saptanmıştır.

Sonuç olarak yaşam kalitesini ciddi oranlarda bozan tip 3 kronik prostatitlerde erektil işlev bozukluğu ve ejakülasyon bozukluğu önemli oranlarda görülebilmektedir. Bu nedenle erektil disfonksiyon ve ejakülasyon bozukluklarının etiolojisinde kronik prostatit olabileceği daima göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Anafarta K, Göğüş O, Bedük Y, Arıkan N. Üriner sistem taş hastalığı. Temel Üroloji Kitabı. Güneş Kitabevi, 1998; 561-603.
2. Schaeffer AJ. Clinical practice. Chronic prostatitis and the chronic pelvic pain syndrome. *N Engl J Med* 2006; 19: 1690-8.
3. Anderson RU, Wise D, Sawyer T, Chan CA. Chronic prostatitis and chronic pelvic pain in men: aetiology, diagnosis and management. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002; 16: 253-6.
4. NIH consensus conference: Impotence. NIH consensus development panel on impotence. *JAMA* 1993; 270: 83-90.
5. Biri H, Tunç L. Eretil Disfonksiyon için risk faktörleri. Erkek ve kadın cinsel sağlığı. İstanbul, 2004; 125-33.
6. Akkus E, Kadioğlu A, Esen A, Doran Ş, Ergen A, Anafarta K, Hattat H. (Turkish Erectile Dysfunction Prevalence Study Group). Prevalence and correlates of erectile dysfunction in Turkey: A Population Based Study. *Eur Urol* 2002; 41: 125-33.
7. Wolters JP, Hellstrom WJ. Current concepts in ejaculatory dysfunction. *Rev Urol* 2006; 8: 18-25.
8. Screponi E, Carosa E, Di Stasi SM, Pepe M, Carruba G, Jannini EA. Prevalence of chronic prostatitis in men with premature ejaculation. *Urology* 2001; 58: 198-202.
9. Shamloul R, el-Nashaar A. Chronic prostatitis in premature ejaculation: a cohort study in 153 men. *J Sex Med* 2006; 3: 150-4.
10. Xing JP, Fan JH, Wang MZ, Chen XF, Yang ZS. Survey of the prevalence of chronic prostatitis in men with premature ejaculation. *Zhonghua Nan Ke Xue* 2003; 9: 451-3.
11. Muller A, Mulhall JP. Sexual dysfunction in the patient with prostatitis. *Curr Opin Urol* 2005; 15: 404-9.
12. Krieger JN, Weidner W. Prostatitis: ancient history and new horizons. *World J Urol* 2003; 21: 51-3.
13. Ku JH, Kim SW, Paick JS. Epidemiologic risk factors for chronic prostatitis. *Int J Androl* 2005; 28: 317-27.
14. Nickel JC. Classification and diagnosis of prostatitis: a gold standard? *Andrologia* 2003; 35: 160-7.
15. Schaeffer AJ. Epidemiology and demographics of prostatitis. *Andrologia* 2003; 35: 252-7.
16. Anderson RU, Wise D, Sawyer T, Chan CA. Sexual dysfunction in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: improvement after trigger point release and paradoxical relaxation training. *J Urol* 2006; 176: 1534-8.
17. Liang C, Zhang X, Hao Z, Shi H, Wang K. Investigation and analysis of chronic prostatitis and sexual dysfunction. *Zhonghua Nan Ke Xue* 2004; 10: 434-6.
18. Gonen M, Kalkan M, Cenker A, Ozkardes H. Prevalence of premature ejaculation in Turkish men with chronic pelvic pain syndrome. *J Androl* 2005; 26: 601-3.
19. Smith KB, Pukall CF, Tripp DA, Nickel JC. Sexual and Relationship Functioning in Men with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome and Their Partners. *Arch Sex Behav* 2007; 36: 301-11.
20. Burger B, Weidner W, Altwein JE. Prostate and sexuality: An overview. *Eur Urol*. 1999;35:177-84
21. Sadeghi-Nejad H, Seftel A. Sexual dysfunction and prostatitis. *Curr Urol Rep* 2006; 7: 479-84.
22. Probert KJ, McNaughton-Collins M, Leiby BE, O'Leary MP, Kusek JW, Litwin MS; Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. A prospective study of symptoms and quality of life in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Cohort study. *J Urol* 2006; 175: 619-23.
23. Schneider H, Wilbrandt K, Ludwig M, Beutel M, Weidner W. Prostate-related pain in patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *BJU Int* 2005; 95: 238-43.
24. Uluocak N, Erdemir F, Cumurcu BE, Çelikel FÇ, Parlaktaş BS. Erkeklerde antidepresan ilaç kullanımının orgazm ve ejakülasyona olan etkileri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2006; 16: 104-8.
25. Carson C, Gunn K. Premature ejaculation: definition and prevalence. *Int J Impot Res* 2006; 18: 5-13.
26. Erdemir F, Parlaktaş BS. Eretil disfonksiyonun medikal tedavisindeki yenilikler. *Androloji Bülteni* 2007; 28: 12-8.
27. Screponi E, Carosa E, Di Stasi SM, Pepe M, Carruba G, Jannini EA. Prevalence of chronic prostatitis in men with premature ejaculation. *Urology* 2001; 58: 198-202.
28. Shoskes DA, Landis JR, Wang Y, Nickel JC, Zeitlin SI, Nadler R; Chronic Prostatitis Collaborative Research Network Study Group. Impact of post-ejaculatory pain in men with category III chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Urol* 2004; 172: 542-7.