




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



Prostatite aiguë bactérienne chez l'homme adulte

Acute bacterial prostatitis in adult men

F. Bruyère

Service d'urologie, CHU Bretonneau, 2, boulevard Tonnellé, 37044 Tours, France

Reçu le 16 juillet 2010 ; accepté le 22 juillet 2010

Disponible sur Internet le 8 octobre 2010

MOTS CLÉS

Prostatite aiguë ;
Examen
cytobactériologique
des urines ;
Diagnostic ;
Traitement

KEYWORDS

Acute prostatitis;
Urine bacterial
culture;
Diagnosis;
Treatment

La prostatite aiguë est une inflammation aiguë d'origine microbienne de la prostate. Elle affecte environ 1 % des hommes au cours de leur vie avec des tableaux allant de simples brûlures urinaires à des sepsis sévères [1]. Compte tenu de l'existence de la prostate et de la longueur urétrale, les cystites chez l'homme sont rares et toute infection urinaire fébrile avec des signes mictionnels doit faire évoquer une prostatite bactérienne. Le comité d'infectiologie de l'Association française d'urologie (CIAFU) a édité les recommandations de prise en charge des infections urinaires fébriles et notamment des prostatites aiguës en 2008 [2]. Nous rapportons ici les éléments permettant d'en faire le diagnostic ainsi que les traitements et suivis actuellement recommandés.

Diagnostic

Les signes cliniques suivants lorsqu'ils sont associés peuvent faire évoquer une prostatite aiguë :

- un syndrome infectieux avec fièvre, frissons, syndrome pseudo-grippal ;
- symptômes urinaires avec brûlures mictionnelles, pesanteur pelvienne, pollakiurie, impériosités ;
- douleurs pelviennes, périnéales, urétrales, péniennes ou rectales.

L'examen clinique peut retrouver un toucher rectal douloureux, voire une orchépididymite associée. La présence d'une douleur lombaire n'implique pas l'existence d'une pyélonéphrite aiguë, en effet cette pathologie est très rarement rencontrée chez l'homme. Dans les séries publiées, jusqu'à 25 % des prostatites aiguës peuvent être associées des douleurs lombaires [3].

Adresse e-mail : f.bruyere@chu-tours.fr.

La présence d'une hématurie macroscopique n'est pas inhabituelle et n'est pas un facteur de gravité ou de complications.

Un tableau d'infection urinaire fébrile chez un homme doit absolument faire évoquer une prostatite aiguë et impliquer un traitement antibiotique en urgence.

Examens complémentaires

Devant toute suspicion de prostatite aiguë bactérienne, il faut réaliser un examen cytot bactériologique urinaire (ECBU). Le germe le plus fréquemment rencontré est *Escherichia coli* qui représente plus de 80 % des germes dans cette pathologie. Chez l'adulte jeune, des germes sexuellement transmissibles comme *Chlamydia trachomatis* ou *Neisseria gonorrhoeae* doivent être recherchés [4]. Néanmoins un ECBU négatif n'élimine pas le diagnostic puisque près de 25 à 30 % des ECBU dans les prostatites aiguës bactériennes peuvent être stériles [3].

Il faut rechercher des signes de gravité pour différencier une prostatite aiguë « non compliquée » d'une prostatite aiguë « grave ou compliquée ». Cette évaluation repose sur l'interrogatoire, l'examen clinique et les examens paracliniques. L'évaluation biologique par la numération formule sanguine à la recherche d'une hyperleucocytose ou d'une leucopénie, une CRP élevée ou des hémocultures positives n'ont pas été démontrés comme des facteurs de gravité. Néanmoins ils sont classiquement réalisés et ne modifient que rarement la prise en charge. Ils peuvent être utiles dans le suivi des malades [5].

L'échographie de l'appareil génito-urinaire n'a comme but que de rechercher une rétention vésicale ou un résidu post-mictionnel. Elle repose donc essentiellement sur l'échographie vésicale. L'échographie de la prostate n'apporte pas beaucoup d'éléments dans la prise en charge sauf en cas de mauvaise évolution à la recherche d'un abcès prostatique.

La présence d'une hématurie macroscopique n'est pas inhabituelle et n'est pas un facteur de gravité ou de complications. Néanmoins elle ne doit pas être rattachée à tort à un épisode de prostatite aiguë et en fonction des antécédents et facteurs de risques du malade, une fibroscopie à la recherche d'une lésion urothéliale vésicale pourra être effectuée à distance de l'épisode aigu [2].

D'autres facteurs de gravité ou de complications potentielles sont classiques : diabète sucré, insuffisance hépatique, prolifération néoplasique ou immunodépression.

Intérêt du PSA : le dosage du PSA est inutile, une élévation transitoire de la concentration sanguine du PSA est habituelle mais inconstante et ne modifie pas la prise en charge [2]. Un PSA normal ou élevé peut être rencontré lors d'un épisode aigu de prostatite bactérienne mais n'apporte aucune aide, ni en cas de doute diagnostique ni pour le suivi.

La prostate est dite « non compliquée » ou « simple » s'il n'y a pas de signes de gravité de l'infection ni d'anomalie fonctionnelle, anatomique ou pathologique de l'appareil urinaire et notamment sans rétention vésicale ni intervention ou acte récent sur l'appareil urinaire ni épisode récent ou récidivant d'infection ni de maladie en cours qui modifie le statut immunitaire. Dans les autres cas la prostatite est dite « compliquée ».

Traitement

Les prostatites aiguës représentent environ 9 % des urgences infectieuses urinaires à l'hôpital. En cas de prostatite bactérienne aiguë simple avec conditions médicosociales favorables, une prise en charge ambulatoire peut être réalisée. Dans les autres cas une hospitalisation est recommandée [2].

Le traitement antibiotique est le traitement de référence d'une prostatite aiguë bactérienne. Il devra être débuté dès l'ECBU réalisé sans attendre les résultats.

L'antibiotique doit avoir une bonne diffusion prostatique et être efficace sur les germes potentiellement rencontrés. Il est recommandé d'utiliser une fluoroquinolone systémique par voie orale (en l'absence de nausées ou de vomissements) (ciprofloxacine 500 mg 1 cp × 2, ofloxacine 200 mg 1 cp × 2, lévofloxacine 500 mg 1 cp/j).

En cas de contre-indication aux fluoroquinolones (allergie ou utilisation récente), une céphalosporine de troisième génération (ceftriaxone, céfoxatime) injectable est recommandée. Le relais antibiotique sera guidé par les données de l'antibiogramme reçu en 24 à 48 heures. Les fluoroquinolones systémiques et le cotrimoxazole en l'absence de résistance sont les molécules de choix.

Il faudra vérifier sur l'antibiogramme notamment la sensibilité du germe à l'acide nalidixique qui est le témoin d'une bonne sensibilité aux fluoroquinolones dans leur ensemble. En cas de résistance à l'acide nalidixique, même si l'antibiogramme montre une sensibilité à l'ofloxacine, cette molécule ne sera pas utilisée ni même la ciprofloxacine ou la lévofloxacine [6].

D'autres traitements peuvent être utiles : antalgiques, anti-inflammatoires pour la douleur de la phase aiguë ; alpha bloquants en cas de dysurie.

Durée

La durée de traitement reste discutée, il existe plutôt actuellement un consensus pour un traitement de trois à six semaines, d'autres auteurs ont proposé une durée plus courte de deux à quatre semaines, voire même de dix jours mais les données à long terme ne sont pas connues notamment avec les risques de récurrence ultérieures [7].

Le traitement préventif des partenaires sexuels n'est pas nécessaire en cas d'uropathogène mais il peut être utile en cas de germe sexuellement transmissible.

En cas de résidu post-mictionnel important ou de rétention vésicale, un drainage des urines est nécessaire. Classiquement le cathéter sus-pubien est indiqué mais la sonde vésicale mise dans de bonnes conditions peut être mise en place (mise en place stérile, gel anesthésique efficace, bonne méthode de mise en place) [8]. Le cathéter sus-pubien présente l'avantage de permettre les mesures des résidus post-mictionnels. Le traitement antibiotique alors doit associer une bithérapie avec un aminoside et une céphalosporine de troisième génération injectable ou une fluoroquinolone injectable pendant une durée de trois à six semaines selon le contexte, l'aminoside est classiquement arrêté au bout de 48 à 72 heures.

Suivi

La réévaluation du traitement est essentielle à la 48^e ou 72^e heure permettant de vérifier la qualité de la prescription initiale, d'adapter aux résultats de l'antibiogramme, de vérifier l'absence d'effets indésirables et de vérifier l'observance. Le suivi est clinique et bactériologique en s'assurant de la disparition des symptômes et d'une stérilité des urines une à quatre semaines après l'arrêt du traitement. En cas de persistance des signes infectieux, une évaluation biologique mais aussi radiologique est recommandée à la recherche d'un abcès de la prostate. En cas d'abcès un drainage par voie périnéale ou transrectale sous contrôle échographique est indiqué.

À distance de l'épisode infectieux, il faut rechercher des facteurs de risques, étudier le comportement mictionnel avec IPSS, débimétrie, échographie post-mictionnelle et catalogue mictionnel, voire rechercher une sténose de la filière urétrale par une fibroscopie faite en consultation externe.

Conclusions

La prostatite aiguë est une infection urinaire fréquemment rencontrée chez l'homme. On doit évoquer son diagnostic devant toute infection urinaire fébrile chez un homme. Le diagnostic n'est pas toujours évident mais classiquement associe un syndrome septique à des symptômes urinaires irritatifs. Le traitement repose sur l'antibiothérapie qui sera double en cas de signes de gravité. Cette antibiothérapie sera relayée en fonction de l'antibiogramme pour une durée totale de trois à six semaines. Un des risques potentiel est

le passage à la chronicité dont la prise en charge est difficile.

Conflit d'intérêt

Aucun.

Références

- [1] Kinghorn GR, Abbott M, Ahmed-Jushuf I, Robinson AJ. BASHH survey of additional genitourinary medicine-targeted allocations in 2003 and 2004. *Int J STD AIDS* 2004;15:650–2.
- [2] Bruyère F, Cariou G, Boiteux JP, Hoznek A, Mignard JP, Escaravage L, et al. Prostatite aiguë. *Prog Urol* 2008;18(Suppl. 1): 19–23.
- [3] Auzanneau C, Manunta A, Vincendeau S, Patard JJ, Guillé F, Lobel B. Prise en charge d'une prostatite aiguë : à propos de 100 cas. *Prog Urol* 2005;15:40–4.
- [4] Badalyan R, Fanarjyan S, Aghajannyan I. Chlamydial and ureaplasma infections in patients with non bacterial chronic prostatitis. *Andrologia* 2003;35:263–5.
- [5] Etienne M, Pestel-Caron M, Chapuzet C, Bourgeois I, Chavanet P, Caron F. Should blood cultures be performed for patients with acute prostatitis. *J Clin Microbiol* 2010;48:1935.
- [6] Bruyère F, Lanotte P, Faivre D'arcier B, Bou S, Haillet O. Les leçons à tirer d'un an de surveillance de *E. coli* dans un service d'urologie. *Prog Urol* 2007;17:964.
- [7] Naber KG, Bergman B, Bishop MC. EAU guidelines for the management of urinary and male genital tract infections. *Eur Urol*, <http://www.uroweb.org/nc/professional-resources/guidelines/online/>; 2006.
- [8] Bruyère F, Faivre D'arcier B. Rétention aiguë d'urine sur prostatite aiguë : sonde vésicale ou cathéter sus-pubien? *Prog Urol FMC* 2009;19(4):F123–5.