

STRATEGIE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE DE LA PROSTATITE AIGUE

Toute infection urinaire masculine doit être gérée comme une prostatite.

Classification des prostatites élaborée par le National Institute of Health (NIH)

Type	Nom	Description
I	Prostatite aiguë bactérienne	Infection aiguë de la glande prostatique
II	Prostatite chronique bactérienne	Infection récidivante de la glande prostatique
III	Prostatite chronique non bactérienne (ou syndrome douloureux pelvien chronique)	Pas d'infection objectivée
IIIA	Syndrome douloureux pelvien chronique inflammatoire	Leucocytes dans les urines, les sécrétions prostatiques ou le sperme
IIIB	Syndrome douloureux pelvien chronique non inflammatoire	Pas de leucocytes dans les urines, les sécrétions prostatiques ou le sperme
IV	Prostatite asymptomatique	Pas de symptomatologie. Aspect histologique de prostatite de découverte fortuite ou découverte fortuite de leucocytes dans les urines et sécrétions prostatiques ou le sperme lors d'une exploration demandée pour d'autres indications que la suspicion d'infection.

Selon le NIH et les données de la littérature, la majorité des patients répondent aux critères du type III. Les prostatites bactériennes aiguës et chroniques (types 1 et II) ne représenteraient que 5 % à 10 % des prostatites.

La durée des symptômes permet de différencier prostatites aiguës (symptômes ayant duré moins de 3 mois) et prostatites chroniques (persistance des symptômes pendant au moins 3 mois)

Les prostatites liées à une manœuvre urologique (biopsie de prostate, sondage uréthro-vésical) rentrent dans un cadre à part qui ne sera pas abordé ici.

Diagnostic biologique

Le seuil de leucocyturie retenu comme pathologique est consensuel : il est fixé à $\geq 10^4$ /ml (ou 10 /mm³).

- > 10^4 UFC /ml pour les bactéries.

Dans tous les cas, le seuil ne peut être opposé à un tableau clinique évident.

UFC : Unités Formant colonies

La bandelette urinaire

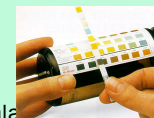
Elles nécessitent un prélèvement du 2^{ème} jet urinaire comme pour la réalisation d'un ECBU, sur des urines fraîchement émises dans un récipient propre et sec mais non stérile. Une toilette préalable est nécessaire.

La lecture doit se faire à température ambiante, après 1 ou 2 minutes selon les tests.

Une BU permet notamment la détection d'une leucocyturie (LE) et de nitrites (Ni). Elle ne se substitue pas à l'ECBU lorsque l'identification des bactéries en cause et l'antibiogramme sont nécessaires.

- Une BU négative (Ni - et LE -) correctement réalisée permet d'exclure avec une excellente probabilité le diagnostic d'infection urinaire.

- Une BU positive (Ni + et /ou LE +) ne permet pas d'affirmer le diagnostic d'infection urinaire mais elle a une excellente valeur d'orientation.



Le traitement doit être débuté sans attendre les résultats bactériologiques.

Il sera modifié, si nécessaire, en fonction de ces résultats.

Traitement des prostatites aiguës bactériennes

Le traitement probabiliste recommandé est:

Céphalosporine de 3ème génération par voie parentérale :

- **Céfotaxime** Voie injectable (IM ou IV) : 1 g x 3/jour, voire 2 g x 3/jour
- **Ceftriaxone** Voie injectable (IM ou IV ou SC) : 1 g x1/jour, voire 2 g x1/jour

En raison de leurs caractéristiques pharmacocinétiques, les céphalosporines par voie orale ne sont pas recommandées dans cette indication.

ou fluoroquinolone per os ou voie injectable si per os impossible :

- **Ciprofloxacine** 500 à 750 mg PO x 2/jour, si IV : 400 mg x 2 à 3/jour
- **Lévofloxacine** 500 mg PO x1/jour, si IV : 500 mg x1/jour
- **Ofloxacine** 200 mg PO x2 à 3/jour, si IV : 200 mg x2 à 3/jour

Si forme grave : ajout d'un aminoside pendant 1-3 jours :

- **Gentamicine** Voie injectable (IV ou IM) : 3 mg/kg x 1/jour
- **Nétilmicine** Voie injectable (IV ou IM) : 6 mg/kg x 1/jour
- **Tobramycine** Voie injectable (IV ou IM) : 3 mg/kg x 1/jour

Un relais par voie orale est envisageable après 48 heures d'apyrexie. Il doit être adapté en fonction des résultats de l'antibiogramme:

- **fluoroquinolone** (ciprofloxacine ou lévofloxacine ou ofloxacine),
- **ou sulfaméthoxazole-triméthoprim** Dosage « forte » (SMX 800 mg + TMP 160 mg) : 1 cp PO x 2/jour

Les fluoroquinolones doivent être privilégiées sur les arguments suivants : moindre incidence d'effets secondaires graves, meilleure diffusion, données de la littérature autorisant pour cette classe des schémas plus courts.

La durée de traitement des prostatites aiguës est mal codifiée. Elle va de 14 jours pour les formes les plus simples à éradiquer (formes paucisymptomatiques de l'homme jeune à bactérie très sensible) à 21 jours voire plus selon le tableau clinique (abcès, traitement probabiliste inactif, ...).

Traitement urologique

Si rétention aiguë d'urine : drainage par voie sus-pubienne.

Si abcès prostatique : le traitement antibiotique est à lui seul le plus souvent efficace. Le drainage, si possible à l'aiguille par voie endorectale ou périnéale, s'impose cependant en cas d'évolution défavorable malgré une antibiothérapie adaptée

Suivi

ECBU sous traitement antibiotique si évolution défavorable (persistance de la fièvre au-delà de 72 h malgré une antibiothérapie adaptée).

ECBU à distance de l'épisode (4 à 6 semaines après la fin du traitement), à la recherche notamment d'une prostatite chronique.

Une prostatite aiguë pouvant être le mode de révélation d'un cancer de la prostate chez l'homme de plus de 50 ans, un dépistage de ce cancer par TR et dosage du PSA doit être effectué à distance de l'épisode. Attendre 6 mois après l'épisode avant de réaliser un dosage du PSA.

Une prescription d'une molécule de la famille des quinolones dans les 6 mois précédents (quel qu'en ait été le motif) expose au risque de sélection de souches moins sensibles et constitue une limite à l'utilisation des fluoroquinolones.

Diagnostic clinique : Le tableau clinique typique associe :

- des signes fonctionnels urinaires : brûlures mictionnelles, impériosité, pollakiurie, dysurie, rétention d'urine, urines troubles,
- des douleurs pelviennes indépendantes de la miction (sus-pubiennes, périnéales, urétrales)
- des signes généraux (fièvre, frissons, malaise). Ces derniers sont parfois très importants .

Il existe aussi des formes peu symptomatiques.

Toucher rectal : La glande prostatique peut apparaître augmentée de volume, plus ou moins tendue, très douloureuse il peut aussi être normal.

Les prostatites aiguës peuvent être graves par leur terrain de survenue ou l'importance de leurs manifestations: sepsis grave, choc septique, rétention aiguë d'urine.

Quels examens complémentaires ?

BU et ECBU:

BU : doit être réalisée en urgence. Elle a uniquement une valeur d'orientation (si elle est négative, une autre cause doit être recherchée).

ECBU : prélevé systématiquement avant le début de l'antibiothérapie sans en retarder la mise en œuvre. Le seuil de bactériurie dans les prostatites aiguës est fixé à 10⁴ UFC/ml. *Le massage prostatique est contre-indiqué en phase aiguë, en raison de son caractère douloureux et du risque de dissémination qu'il entraîne.*

Hémocultures : leur réalisation est le plus souvent justifiée. Elle est indispensable dans les formes sévères.

L'antigène spécifique de la prostate (PSA) Le dosage du PSA en phase aiguë n'est pas recommandé, il est inconstamment élevé (environ 60 % des cas). Après élévation, 3 à 6 mois peuvent être nécessaires avant sa normalisation. L'augmentation du PSA ne constitue pas un critère diagnostique.

Examens d'imagerie :

- **Une échographie des voies urinaires par voie sus-pubienne est recommandée** à la recherche d'un obstacle, d'une dilatation des voies urinaires ou d'une rétention aiguë d'urines.

L'échographie prostatique par voie endorectale n'est donc pas recommandé en phase aiguë c'est un examen difficilement supportable en période aiguë car très douloureux, elle permet de visualiser des anomalies intra-prostatiques telles qu'un abcès ou des calcifications.

- **IRM de la prostate** doit être discutée en première intention chez un patient dont l'évolution n'est pas favorable après 72 heures (persistance de la fièvre sans amélioration clinique, apparition de signes de gravité, ...). Si IRM non réalisable (contre-indication, appareil non disponible, ...), une échographie prostatique par voie sus pubienne, voire un scanner de la prostate, peuvent être proposés après discussion avec le radiologue.

Traitement ambulatoire ou hospitalier?

Les prostatites aiguës justifient le plus souvent une hospitalisation. Cependant, comme pour les pyélonéphrites aiguës, certaines formes modérées peuvent être traitées en ambulatoire.