

La prostatite diagnostic et antibiothérapie en première ligne

Philippe Smith

M. Gendron, 52 ans, se rend au service de consultation sans rendez-vous, car il fait de la fièvre, a une dysurie et souffre de douleurs abdominales depuis quelques jours. Son examen physique est normal, mais il a une sensibilité sus-pubienne et sa prostate est douloureuse au toucher rectal. Il est aussi atteint d'une hypertrophie bénigne de la prostate. L'analyse d'urine à l'aide de la bandelette urinaire confirme la présence de leucocytes, de sang et de nitrites. Vous pouvez alors envisager le diagnostic de prostatite bactérienne aiguë. Comment prendrez-vous en charge ce patient ?

LA PROSTATITE EST une affection urologique commune chez l'homme, sa prévalence étant estimée à 9,7 % avec une incidence de récurrence de 20 % à 50 %¹. La plupart des prostatites bactériennes aiguës sont occasionnées par une infection urétrale ascendante. Un reflux d'urine dans les canaux prostatiques et éjaculateurs permet ensuite l'entrée de micro-organismes dans la prostate². Le National Institutes of Health (NIH) subdivise cette affection en quatre catégories (*tableau I*)³.

La prostatite bactérienne chronique se différencie de la forme aiguë entre autres par le fait que les symptômes durent plus de trois mois² et ne touchent que de 5 % à 10 % des hommes⁴. Les prostatites de catégorie III représentent, par ailleurs, de 90 % à 95 % des prostatites⁴.

Quand soupçonner une prostatite ?

La prostatite bactérienne demeure une entité sous-diagnostiquée qui se caractérise par divers symptômes (*tableau II*)⁵. La fièvre et la dysurie en sont les plus courants et sont présentes dans les trois quarts des prostatites bactériennes aiguës tandis que les douleurs pelviennes surviennent chez moins de la

Le Dr Philippe Smith, omnipraticien, vient de terminer sa résidence à l'unité de médecine familiale de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Tableau I

Classification de la prostatite selon le National Institutes of Health³

Catégorie I	Prostatite bactérienne aiguë
Catégorie II	Prostatite bactérienne chronique
Catégorie IIIA	Prostatite chronique et syndrome de douleur pelvienne chronique inflammatoire
Catégorie IIIB	Prostatite chronique et syndrome de douleur pelvienne chronique non inflammatoire
Catégorie IV	Prostatite inflammatoire asymptomatique

moitié des patients. Par ailleurs, de 17 % à 20 % des patients ont une hématurie².

Il est essentiel que le médecin pose le diagnostic de prostatite bactérienne aiguë et amorce rapidement le traitement afin de maîtriser adéquatement les symptômes et de prévenir les complications, dont le sepsis, l'abcès de la prostate, l'épididymite et la prostatite bactérienne chronique⁵. Le médecin doit soupçonner un sepsis et un abcès de la prostate en cas de détérioration clinique après une réponse d'abord favorable au traitement de la prostatite, quand il peut sentir une

Tableau II

Symptômes de la prostatite bactérienne aiguë⁵

- Douleurs pelviennes ou rectales
- Hématurie
- Dysurie
- Hématospermie
- Urgences mictionnelles et pollakiurie
- Pyurie
- Symptômes généraux (fièvre, fatigue, anorexie, etc.)
- Symptômes urinaires obstructifs (latence urinaire, rétention urinaire, diminution de la pression du jet)

masse fluctuante sur la prostate ou lorsque les symptômes de prostatite sont très importants. De telles complications sont plus fréquentes dans un contexte d'exploration instrumentale des voies urinaires, d'immunodépression ou de diabète⁵.

L'approche diagnostique de la prostatite bactérienne aiguë devrait comporter une anamnèse et un examen physique ciblé (*tableau III*)². Par ailleurs, la présence combinée d'estérases leucocytaires et de plus de cinq à dix globules blancs par champ à l'analyse d'urine, avec ou sans nitrites, évoque une infection^{2,6}. Lorsque l'anamnèse et l'examen physique concordent avec les résultats de l'analyse d'urine, le diagnostic de prostatite bactérienne aiguë est fort probable. À l'examen, vous devez effectuer le toucher

Tableau III

Approche diagnostique de la prostatite bactérienne aiguë²

- Anamnèse et antécédents. Rechercher en particulier les symptômes d'infection urinaire, les facteurs de risque et les antécédents d'ITSS, les antécédents médicaux et chirurgicaux, y compris toute manipulation urologique.
- Examen physique. Porter attention aux signes vitaux ainsi qu'à l'abdomen, aux organes génitaux externes, au périnée et à une douleur à la prostate provoquée par le toucher rectal.
- Analyse et culture d'urine.
- Formule sanguine (pas nécessaire dans un contexte de prostatite aiguë non compliquée).
- Hémo-culture (recommandée en présence de tableau septique, de possibilité d'abcès ou d'immunodépression).
- Dosage des électrolytes de l'urée et de la créatinine sérique, échographie de la vessie, surtout en cas de soupçon de rétention urinaire.
- Échographie transrectale. Utile pour le diagnostic et le drainage d'abcès de la prostate.
- Tomodensitométrie abdominopelvienne. Utile pour le diagnostic d'abcès de la prostate ou d'abcès pelvien, surtout lorsque l'échographie transrectale donne un résultat équivoque.

rectal doucement afin de diminuer les risques de dissémination bactérienne, de bactériémie et de sepsis². Une élévation du taux d'antigène prostatique spécifique (APS) est aussi un signe d'un diagnostic de

La prostatite bactérienne demeure une entité sous-diagnostiquée qui se caractérise par divers symptômes (tableau II). La fièvre et la dysurie en sont les symptômes plus courants et sont présentes dans les trois quarts des prostatites bactériennes aiguës tandis que les douleurs pelviennes surviennent chez moins de la moitié des patients.

Repère

Tableau IV

Approche diagnostique de la prostatite bactérienne chronique²

- ⊕ Antécédents d'infections urinaires récurrentes ou non diagnostiquées ou de prostatite bactérienne aiguë
- ⊕ Symptômes depuis au moins 3 mois : les plus fréquents sont la douleur abdominale basse, scrotale, rectale, dorsale ou périnéale ainsi que la dysurie et divers symptômes urinaires irritatifs ou obstructifs (rarement, symptômes généraux, troubles érectiles et éjaculation douloureuse)
- ⊕ Examen physique. Porter attention aux signes vitaux ainsi qu'à l'abdomen, aux organes génitaux externes, au périnée et à une douleur à la prostate provoquée par le toucher rectal
- ⊕ Score du NIH-CPSI*
- ⊕ Analyse et culture d'urine, cytologie urinaire
- ⊕ Mesure de l'antigène prostatique spécifique, biopsie de la prostate en cas de possibilité de cancer
- ⊕ Analyse des sécrétions prostatiques (épreuve de Meares-Starney) et culture¹²
- ⊕ Tomodensitométrie abdominopelvienne. Peut être effectuée afin d'éliminer d'autres affections pelviennes pouvant ressembler à la prostatite chronique.

*NIH Chronic Prostatitis Symptom Index

prostatite, mais le dosage de l'APS n'est pas nécessaire pour poser le diagnostic. Le taux d'APS se normalise une fois l'infection traitée⁷. Un taux élevé devrait être revenu à la normale de trente à soixante jours après la fin du traitement⁸. Il faut donc attendre après ce délai pour effectuer un dosage de l'APS aux fins de dépistage du cancer de la prostate⁹. Lorsque le tableau clinique évoque fortement une prostatite aiguë, le toucher rectal est par ailleurs à éviter autant que possible.

L'approche diagnostique de la prostatite bactérienne chronique doit aussi être systématique (*tableau IV*)^{2,5}. Le NIH Chronic Prostatitis Symptom Index est un outil validé qui permet de mesurer la présence et l'intensité des symptômes de prostatite chronique⁴. Il est efficace dans le diagnostic et dans

l'évaluation de l'évolution de la maladie et de l'efficacité des traitements (www.prostatitis.org/symptom_index.html).

L'épreuve de Meares-Starney peut être faite pour confirmer le diagnostic de prostatite bactérienne chronique⁴. Cette épreuve consiste à analyser les sécrétions prostatiques obtenues avant, pendant et après un massage de la prostate. Une culture est aussi effectuée^{2,4}. Une consultation en urologie peut permettre de préciser le diagnostic de prostatite bactérienne chronique.

La prostatite chronique et le syndrome de douleur pelvienne chronique, anciennement nommée prostatodynie ou prostatite non bactérienne, peut être de type inflammatoire ou non inflammatoire selon qu'il y a ou non des cellules inflammatoires dans les sécrétions prostatiques, dans l'urine prélevée après le massage de la prostate ou dans les sécrétions des vésicules séminales, sans infection prouvée⁴. Le tableau clinique est, par ailleurs, semblable à celui de la prostatite bactérienne chronique. Selon la conférence de consensus du National Institutes of Health, une douleur pelvienne doit avoir été présente pendant au moins trois des six derniers mois sans autre cause pouvant expliquer la douleur⁸. Le diagnostic de prostatite chronique et le syndrome de douleur pelvienne chronique est un diagnostic d'exclusion⁹. Les patients souffrant possiblement de prostatite chronique recevront d'abord un traitement antibiotique. En l'absence de résultats ou en cas de récurrence, il faut soupçonner une prostatite chronique et un syndrome de douleur pelvienne chronique et orienter le patient en urologie.

La prostatite inflammatoire asymptomatique (catégorie IV) est généralement diagnostiquée au moment d'une biopsie de la prostate ou d'une évaluation en clinique d'infertilité. La pathogenèse de cette affection, ses répercussions et la nécessité de la traiter sont inconnues⁴.

Comment prendre en charge les prostatites ?

L'antibiothérapie est essentielle dans le traitement

Le NIH Chronic Prostatitis Symptom Index est un outil validé qui permet de mesurer la présence et l'intensité des symptômes de prostatite chronique. Cet outil est efficace dans le diagnostic et dans l'évaluation de l'évolution de la maladie et de l'efficacité des traitements.

Repère

Tableau V**Antibiothérapie parentérale pour la prostatite bactérienne aiguë^{2,5}**

Fluoroquinolone	Ciprofloxacine	400 mg par voie intraveineuse, 2 f.p.j.
	ou lévofloxacine	De 500 mg à 750 mg par voie intraveineuse, 1 f.p.j.
Aminoglycoside (avec ou sans ampicilline)	Tobramycine	5 mg/kg par voie intraveineuse, 1 f.p.j.
	ou gentamicine	De 3 mg/kg à 5 mg/kg par voie intraveineuse, 1 f.p.j.
	ampicilline	De 1 g à 2 g par voie intraveineuse toutes les 4 h à 6 h
Céphalosporine à large spectre (avec ou sans aminoglycoside)	Ceftriaxone	De 1 g à 2 g par voie intraveineuse ou intramusculaire, 1 f.p.j.
	ou céfotaxime	De 1 g à 2 g par voie intraveineuse ou intramusculaire toutes les 8 h à 12 h

de la prostatite bactérienne aiguë. Les bactéries les plus fréquemment en cause sont *Escherichia coli* (87,5 %), *Proteus*, *Pseudomonas*, *Klebsiella*, *Enterococcus*, *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Ureaplasma urealyticum* et *Mycoplasma genitalium*². Les infections à *Mycobacterium tuberculosis* et les mycoses, sont plus rares et sont surtout présentes chez les patients immunodéprimés². Tout homme présentant des facteurs de risque d'ITSS ainsi qu'un tableau de prostatite doit subir un dépistage de la chlamydie et de la gonorrhée².

Différentes considérations s'imposent dans le choix des antibiotiques. La barrière entre la microcirculation et le stroma prostatique limite la diffusion passive du médicament et nécessite un agent lipophile qui n'est

pas lié à une protéine. De plus, le pH acide de la prostate permet aux agents dont le pK_a est alcalin, tels que les sulfamides et les fluoroquinolones, d'atteindre des concentrations thérapeutiques dans la prostate⁵. Le terme « pK_a alcalin » fait référence à la constante de dissociation d'un acide, qui est alcaline (basique) dans le cas de ces antibiotiques.

En cas de signes de sepsis ou de prostatite bactérienne aiguë compliquée, une antibiothérapie parentérale et une hospitalisation peuvent être nécessaires jusqu'à la résolution des symptômes généraux et des complications et jusqu'à l'obtention d'une diurèse adéquate sans rétention urinaire. Divers schémas d'antibiothérapie par voie intraveineuse sont recommandés

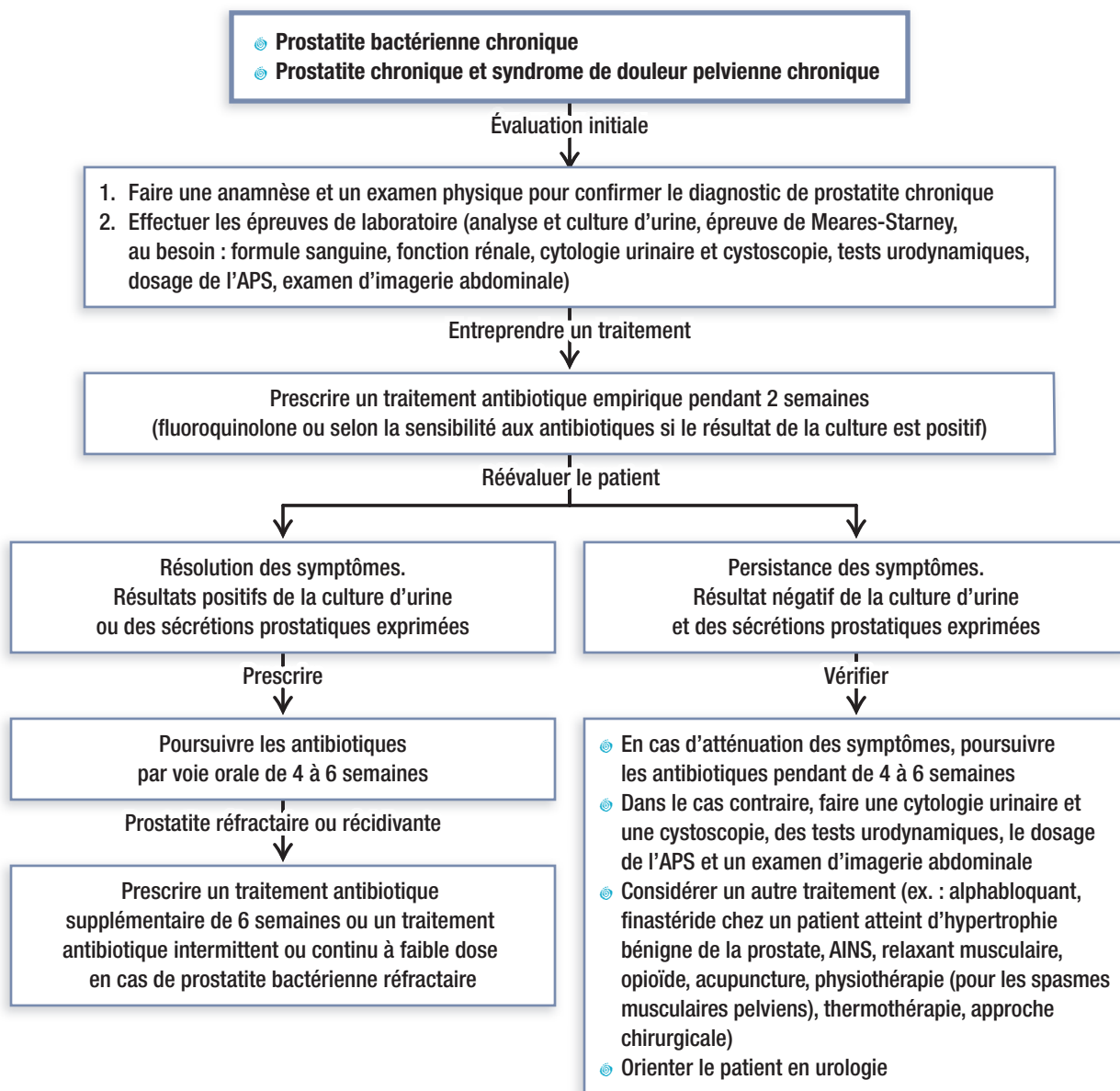
Tableau VI**Antibiothérapie par voie orale pour la prostatite bactérienne aiguë^{2,5}**

Absence de Gram ou présence de bâtonnets Gram négatifs	Ciprofloxacine	500 mg par voie orale, 2 f.p.j.	Durée de traitement : 4 - 6 semaines
	ou TMP-SMX*	1 comprimé de 160 mg/80 mg par voie orale, 2 f.p.j.	
Cocci Gram positifs en chaînettes	Amoxicilline (ou ampicilline si voie intraveineuse)	500 mg par voie orale, 3 f.p.j.	Durée de traitement : 4 - 6 semaines
Cocci Gram positifs en amas [†]	Céphalexine	500 mg par voie orale, 4 f.p.j.	Durée de traitement : 4 - 6 semaines
	ou Dicloxacilline	500 mg par voie orale, 4 f.p.j.	

*TMP-SMX : triméthoprime-sulfaméthoxazole ; †Dans un contexte de SARM (*Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline) possible, la vancomycine par voie intraveineuse ou le TMP-SMX par voie orale peut être utilisé.

Figure

Prise en charge de la prostatite chronique



Source : Ramakrishnan K, Salinas RC. Prostatitis: acute and chronic. *Prim Care* 2010; 37 (3) : 547-63, viii-ix. Traduction et adaptation autorisées.

en première intention, en attente d'une culture et d'un antibiogramme (tableau V)^{2,5}. Une consultation en urologie et en microbiologie devrait être envisagée.

Dans un contexte de prostatite bactérienne aiguë non compliquée ainsi qu'au moment de la résolution d'un tableau de sepsis ou de prostatite bactérienne aiguë compliquée, une antibiothérapie par voie orale est entreprise (tableau VI)^{2,5}.

Les macrolides, les sulfamides et la nitrofurantoïne ont aussi une bonne pénétrance dans la prostate². La pertinence du choix de l'antibiotique est à revoir à la lumière des résultats de la culture et de l'antibiogramme. L'antibiothérapie devrait durer de quatre à six semaines^{2,5}. Les AINS peuvent être utilisés de façon ponctuelle afin de réduire l'inflammation locale, de soulager la douleur et de liquéfier les sécrétions

prostatiques⁵. En cas de rétention urinaire, un drainage par cathétérisme suprapubien est nécessaire. Par contre, la sonde urinaire est contre-indiquée chez un homme atteint de prostatite aiguë. Si le patient souffre d'une prostatite grave, d'un sepsis ou d'une prostatite bactérienne réfractaire, une tomodensitométrie ou une échographie transrectale peuvent être nécessaires afin d'éliminer un abcès prostatique². Une orientation en urologie peut être indiquée en présence d'un abcès prostatique pour l'obtention d'un avis sur la prise en charge.

Généralement, la fièvre et la dysurie disparaissent au bout de 72 heures d'antibiothérapie adéquate⁵. Selon certaines études sur le traitement de la prostatite bactérienne aiguë par une fluoroquinolone, un résultat négatif à une culture d'urine effectuée sept jours après le début du traitement est un bon facteur prédictif d'une guérison totale au bout de quatre à six semaines d'antibiothérapie⁵.

Peu d'études comparatives se sont penchées sur les traitements de la prostatite bactérienne chronique et leur durée^{2,9}. En l'absence de fièvre ou de symptômes urinaires importants, il n'y a pas d'urgence à démarrer un traitement empirique. Par contre, une fois le diagnostic établi et la cause déterminée, tous les patients souffrant de prostatite chronique, peu importe le résultat de la culture, devraient recevoir un traitement antibiotique pendant au moins quatre semaines^{2,5}. La culture d'urine et l'antibiogramme permettent de choisir le bon antibiotique. La ciprofloxacine (500 mg par voie orale, 2 f.p.j.) ou la lévofloxacine (500 mg par voie orale, 1 f.p.j.), pendant au moins quatre semaines, sont efficaces chez les deux tiers des patients qui tolèrent ces médicaments^{5,9}. Les récurrences de prostatite bactérienne chronique sont fréquentes et peuvent nécessiter un deuxième traitement antibiotique de six semaines^{5,9}. Par ailleurs, un traitement intermittent ou continu à faible dose est plus efficace dans la prise en charge de la prostatite bactérienne chronique réfractaire². Une orientation en urologie est toutefois indiquée.

Il n'y a pas d'approche universellement recommandée en ce qui concerne le suivi des divers types de pros-

tatites. Cependant, la nécessité d'utiliser le questionnaire NIH-CPSI comme outil d'évaluation de la réponse thérapeutique fait consensus, une baisse de six points du score total étant considérée comme une réponse thérapeutique significative⁹. Ramakrishnan et Salinas recommandent l'approche que nous venons de décrire dans la prise en charge de la prostatite chronique (*figure*)².

Quant à la prise en charge de la prostatite chronique et du syndrome de douleur pelvienne chronique, elle peut être complexe. Une orientation en urologie peut donc être indiquée. Le traitement demeure actuellement controversé parce qu'on comprend mal cette maladie et qu'il y a peu d'études convaincantes. Encore une fois, la seule chose qui fait consensus est la nécessité d'utiliser le questionnaire NIH-CPSI comme outil d'évaluation de la réponse thérapeutique. L'antibiothérapie reste le traitement préconisé malgré les incertitudes sur l'origine infectieuse de cette affection et sur l'absence de preuves de son efficacité². Il n'y a pas de consensus sur la durée optimale du traitement antibiotique. Parmi les études où l'on a noté une réduction modeste du score NIH-CPSI, les antibiotiques utilisés étaient généralement des fluoroquinolones sur une période de quatre à six semaines. En consultant la littérature, on se rend toutefois compte qu'il n'existe actuellement aucune preuve de l'efficacité de l'antibiothérapie⁹.

Mis à part les antibiotiques, les alphasbloquants, les inhibiteurs de la 5 alpharéductase, les AINS, l'acupuncture, les bains de siège, la physiothérapie et la chirurgie peuvent également être bénéfiques^{10,11}. Toutefois, il existe peu d'études convaincantes sur la prise en charge optimale. Une orientation en urologie est indiquée.

Vous prescrivez à M. Gendron de la ciprofloxacine à raison de 500 mg par voie orale, 2 f.p.j., à prendre pendant quatre semaines en cas de probabilité importante de prostatite bactérienne aiguë. Vous le revoyez une semaine plus tard. Ses symptômes disparus, il est satisfait de son traitement. La culture d'urine a révélé la présence d'E. coli sensible à la ciprofloxacine. L'analyse et la culture d'urine de contrôle sont négatives. M. Gendron devrait donc s'en sortir sans complications. ☞

En cas de prostatite bactérienne aiguë, l'antibiothérapie devrait durer de quatre à six semaines^{2,5}.

Repère

Summary

Acute and chronic prostatitis - diagnosis and management in general practice. The NIH classifies prostatitis into four categories. Acute bacterial prostatitis is most often characterized by lower urinary tract symptoms, abdominal pain, systemic symptoms and a tender prostate. Positive urinalysis and cultures with a corroborating case history and physical exam are sufficient for diagnosis. Four to six weeks of antibiotics are required for treatment; IV antibiotics are required in the presence of sepsis or abscess. Chronic bacterial prostatitis features similar signs and symptoms for a period of over three months. Its diagnosis may require specialized urological testing in addition to urinalysis and culture. Four to six weeks of antibiotics are required for treatment. Recurrence of chronic prostatitis is common; a urological consult is indicated in cases of refractory prostatitis. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome is a diagnosis of exclusion; its treatment may feature a trial of antibiotics and other modalities. In these cases, a urological consult is indicated.

Date de réception : le 15 janvier 2011

Date d'acceptation : le 4 avril 2011

Le D^r Philippe Smith n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Nickel JC, Downey J, Hunter D et coll. Prevalence of prostatitis-like symptoms in a population based study using the National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index. *J Urol* 2001 ; 165 (3) : 842-5.
2. Ramakrishnan K, Salinas RC. Prostatitis: acute and chronic. *Prim Care* 2010 ; 37 (3) : 547-63 ; viii-ix.
3. Krieger JN, Nyberg L Jr, Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis. *JAMA* 1999 ; 282 (3) : 236-7.
4. Murphy AB, Macejko A, Taylor A et coll. Chronic prostatitis: management strategies. *Drugs* 2009 ; 69 (1) : 71-84.
5. Meyrier A, Fekete T. Acute and chronic bacterial prostatitis. *UpToDate* 2009. Site Internet : www.uptodate.com (Date de consultation : le 27 septembre 2010).
6. Berger RE. The urine dipstick test useful to rule out infections. A meta-analysis of the accuracy. *J Urol* 2005 ; 174 (3) : 941-2.
7. Hara N, Koike H, Ogino S et coll. Application of serum PSA to identify acute bacterial prostatitis in patients with fever of unknown origin or symptoms of acute pyelonephritis. *Prostate* 2004 ; 60 (4) : 282-8.
8. Gamé X, Vincendau S, Palascak R et coll. Total and free serum prostate specific antigen levels during the first month of acute prostatitis. *Eur Urol* 2003 ; 43 (6) : 702-5.
9. Delavierre D, Rigaud J, Sibert L et coll. Traitements spécifiques de la prostatite chronique bactérienne et du syndrome douloureux pelvien chronique. *Prog Urol* 2010 ; 20 (12) : 1066-71.
10. Nadler AB, Murphy AB. Pharmacotherapy strategies in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome management. *Expert Opin Pharmacother* 2010 ; 11 (8) : 1255-61.
11. Snow DC, Shoskes DA. Pharmacotherapy of prostatitis. *Expert Opin Pharmacother* 2010 ; 11 (14) : 2319-30.
12. McNaughton CM, Fowler FJ Jr, Elliot DB et coll. Diagnosing and treating chronic prostatitis: do urologists use the four-glass test? *Urology* 2000 ; 55 (3) : 403-7.

L'auteur tient à remercier le D^r Michel Bracka, omnipraticien à l'unité de médecine familiale de Hôpital Maisonneuve-Rosemont, pour ses commentaires et sa contribution à la révision de l'article.