



Prostatite – L'important pour la pratique

Daniel S. Engeler^a, Kurt Ebnetter^b, Hans-Peter Schmid^a

^a Klinik für Urologie, Kantonsspital St. Gallen, ^b Hausarztpraxis, Appenzell

Quintessence

- Les inflammations de la prostate, surtout les formes chroniques, sont un problème courant en pratique générale et urologique.
- La classification actuelle est celle de 1995 du National Institute of Health (NIH) et comprend la prostatite bactérienne aiguë (NIH catégorie I), la prostatite bactérienne chronique (NIH catégorie II), le syndrome algique pelvien chronique (NIH catégories IIIA et IIIB) et la prostatite inflammatoire asymptomatique (NIH catégorie IV).
- Pour le diagnostic de localisation d'une infection urogénitale, l'épreuve des deux verres suffit en pratique (urine du milieu du jet et urine postmassage), les examens de l'éjaculat étant moins concluants.
- Le syndrome algique pelvien chronique (NIH IIIA/IIIB) est un défi diagnostique imposant des examens urologiques approfondis et comportant plusieurs diagnostics différentiels.
- Le traitement des catégories NIH IIIA et IIIB est souvent long et non satisfaisant, ce qui se voit à la liste des mesures entreprises: antagonistes des récepteurs $\alpha 1$, anti-inflammatoires non stéroïdiens, antibiotiques, phytothérapeutiques, inhibiteurs de la 5α -réductase, myorelaxants, acupuncture, neurostimulation, etc.

Summary

Prostatitis – Relevant issues for clinical practice

- *Inflammations of the prostate, especially the chronic forms, are a frequent problem in general and urological practice.*
- *The current classification is that of the National Institute of Health (NIH) of 1995 and comprises acute bacterial prostatitis (NIH category I), chronic bacterial prostatitis (NIH category II), chronic pelvic pain syndrome (NIH categories IIIA and IIIB) and asymptomatic inflammatory prostatitis (NIH category IV).*
- *For localisation diagnosis of a urogenital infection the two-glass test (mid-stream urine and post massage urine) suffices in practice. Seminal fluid analyses are not highly informative.*
- *Chronic pelvic pain syndrome (NIH IIIA and IIIB) is a diagnostic challenge, demanding more extensive urological assessment and several differential diagnoses.*
- *The treatment of NIH categories IIIA/IIIB is often long-drawn-out and unsatisfactory, a fact reflected in the therapeutic arsenal employed: α -1 receptor blockers, non-steroidal anti-inflammatory agents, antibiotics, phytotherapeutic agents, 5α -reductase inhibitors, muscle relaxants, acupuncture, nerve stimulation, etc.*

Introduction

La prostatite et surtout ses formes chroniques sont des maladies courantes, importantes et assez souvent frustrantes non seulement pour l'urologue, mais aussi pour le médecin de premier recours. L'importance de la prostatite réside d'une part dans son incidence, et de l'autre dans la charge qu'elle représente pour le patient. En pratique, il s'agit d'abord de distinguer deux grands groupes de prostatite: la forme aiguë d'une part, avec la prostatite bactérienne aiguë et l'abcès prostatique, et de l'autre les formes chroniques, dans lesquelles une étiologie infectieuse ne peut être démontrée que chez 5–10% des patients. Nous aimerions donner ci-dessous un aperçu du diagnostic et du traitement des différentes formes de prostatite.

Classification

La classification moderne de la prostatite repose d'une part sur la clinique, mais aussi sur l'analyse d'urine avant et après massage prostatique. L'épreuve classique dite des quatre verres selon Meares et Stamey [1] (fig. 1) comme diagnostic de localisation est actuellement remplacée par l'épreuve simplifiée des deux verres ou test pré-postmassage (PPMT), qui ne comprend plus que l'examen microscopique et bactériologique des urines du milieu du jet et postmassage, ce qui permet de faire des économies sans perdre beaucoup d'informations diagnostiques [2].

L'examen de l'éjaculat ne peut pas remplacer l'épreuve des quatre verres. Il est difficile d'y distinguer les spermatozoïdes des leucocytes [3]. Une étude d'Allemagne a montré qu'il n'y avait un pathogène dans l'éjaculat (≥ 10000 bactéries/ml) que chez 47% des patients ayant une culture positive de l'urine postmassage à l'épreuve des quatre verres [4].

La classification des prostatites selon Drach et al. [5], qui a surtout été utilisée pendant 30 ans, définissait les termes de prostatite bactérienne aiguë, de prostatite bactérienne et abactérienne chronique et de prostatodynie (tab. 1) [6, 7]. La prostatite abactérienne chronique et la prostatodynie ont été réunies dans le syndrome algique pelvien chronique et un nouveau type a été introduit, la prostatite asymptomatique, souvent démontrée histologiquement dans des biopsies

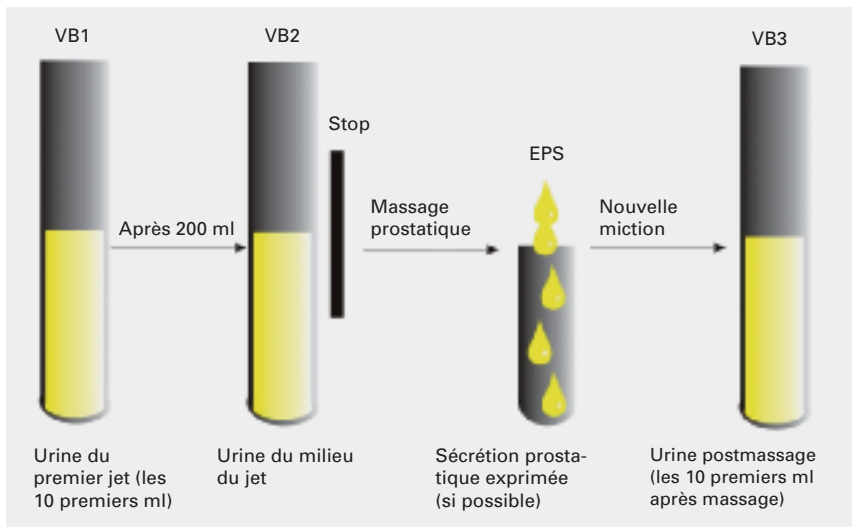


Figure 1

Epreuve des quatre verres selon Meares/Stamey [1].

Abréviations: VB («voided bladder»)2 = urine du milieu du jet; EPS = sécrétion prostatique exprimée; VB3 = urine postmassage.

et pièces de résections prostatiques. Cette classification offre globalement une base logique non seulement pour les études, mais aussi pour la pratique clinique.

Prostatite bactérienne aiguë (NIH catégorie I)

La plus grande partie des infections aiguës (env. 80%) ne comporte qu'un seul pathogène bacté-

rien. Il peut occasionnellement y avoir deux ou trois bactéries. Le spectre des pathogènes est pratiquement toujours identique à celui des infections urinaires: *Escherichia coli* (pathogène le plus fréquent), *Proteus mirabilis*, *Providentia* spp., *Klebsiella* spp., *Enterobacter* spp., *Pseudomonas aeruginosa* et *Serratia* spp. Les souches d'*Escherichia coli* provoquant une prostatite expriment plusieurs facteurs d'urovirulence dont le facteur cytotoxique nécrosant 1 (CNF 1) ou l'hémolysine [8]. Chez les patients jeunes (<35 ans) surtout, il faut penser à *Neisseria gonorrhoeae*. L'importance des pathogènes intracellulaires *Chlamydia trachomatis* et *Ureaplasma urealyticum* n'est pas entièrement précisée. Ces pathogènes doivent être mis en évidence dans les frottis urétraux, surtout s'il y a un écoulement urétral. Chez les patients ayant le sida, la prostate peut aussi être le foyer d'une infection à *Mycobacterium tuberculosis* ou *Candida* spp., et à d'autres pathogènes tels que *Cryptococcus neoformans*, *Histoplasma capsulatum*, *Coccidioides immitis* ou *Blastomyces dermatitidis* [4].

L'infection suit le plus souvent la voie ascendante, par l'urètre prostatique ou par reflux d'urine infectée de la vessie dans les canalicules glandulaires prostatiques. Mais la voie hématologique est également possible, par ex. sur furoncle, fièvre typhoïde ou scarlatine. Une prostatite bactérienne peut également être iatrogène, après résection transurétrale de la prostate, surtout chez les patients ayant une bactériurie préopératoire. Cette prostatite «en loges» est souvent très difficile à traiter.

Tableau 1. Classification selon le NIH 1995 avec indications complémentaires (modifié d'après Schaeffer [7]).

Caté-gorie	Désignation	Symptômes de cystite	Douleurs prostatiques/périnéales	Culture de VB2	Leucocytes dans EPS, VB3, éjaculat	Culture d'EPS, VB3, éjaculat	Etiologie bactérienne fréquente
I	Prostatite bactérienne aiguë	+	+	+ ¹	+	+	<i>Enterobacteriaceae</i>
II	Prostatite bactérienne chronique	±	±	+ ²	+	+	<i>Enterobacteriaceae</i>
IIIA	Syndrome algique pelvien chronique inflammatoire	-	±	-	+ ³	- ³	?
IIIB	Syndrome algique pelvien chronique non inflammatoire	-	±	-	- ³	- ³	-
IV	Prostatite inflammatoire asymptomatique	-	-	-	± ⁴	±	-

Abréviations: VB («voided bladder»)2 = urine du milieu du jet; EPS = sécrétion prostatique exprimée; VB3 = urine postmassage prostatique.

¹ Pratiquement toujours infection de la vessie confirmée.

² Caractérisée par bactériurie récidivante à intervalles variables jusqu'à plusieurs mois après arrêt du traitement antimicrobien.

³ Le syndrome algique pelvien chronique donne <10⁴ colonies bactériennes uropathogènes dans l'EPS et pas de présence significative de leucocytes ni croissance de bactéries dans l'éjaculat, et le syndrome algique pelvien chronique inflammatoire au moins dix leucocytes par champ visuel à haute résolution (×1000) dans l'EPS.

⁴ Mise en évidence également de signes inflammatoires histologiques dans le tissu prostatique chez un patient asymptomatique.

Présentation clinique

La prostatite aiguë est un tableau clinique rare mais important en raison de son évolution potentiellement fatale et de ses conséquences thérapeutiques. Son incidence augmente avec l'âge et atteint env. trois personnes/1000/an dans la classe d'âge de 30 à 60 ans. Elle se caractérise la plupart du temps par des douleurs diffuses à début aigu, suprasymphysaires, périnéales ou lombosacrées, avec des symptômes mictionnels irritatifs et obstructifs. Le patient signale des mictions fréquentes, parfois impérieuses, une dysurie et une diminution de la force du jet, voire une rétention urinaire totale. Il présente souvent des symptômes systémiques tels que fièvre, frissons, nausée, vomissement et hypotension. Il faut y penser en présence d'un patient ayant une septicémie d'étiologie indéterminée, avec ou sans symptomatologie algique.

Diagnostic

Le toucher rectal révèle généralement une prostate congestionnée, très douloureuse et un tonus nettement accru du sphincter anal. Le massage prostatique est contre-indiqué dans la prostatite aiguë, car il est extrêmement douloureux d'une part et peut d'autre part provoquer une urosepticémie. La mise en évidence du pathogène se fait dans l'urine du milieu du jet, de la sonde ou de la ponction vésicale. Dans l'urine du milieu du jet, une bactériurie de $\geq 10\,000$ colonies uropathogènes par ml signe le diagnostic d'infection [9]. Des hémocultures seront pratiquées en présence de symptômes généraux manifestes.

Traitement

La prostatite aiguë impose souvent une hospitalisation. En fonction de la clinique et de son caractère aigu, des antibiotiques oraux ou intraveineux sont indispensables. Dans les cas graves avec symptômes systémiques, ou avec une urosepticémie déjà établie, un traitement initial empirique intraveineux par un antibiotique bactéricide à large spectre est nécessaire. En fonction du spectre des pathogènes, ce sont une pénicilline à large spectre, une céphalosporine de troisième génération avec ou sans aminoglycoside ou une fluoroquinolone qui sont recommandées. Elles doivent être administrées jusqu'à disparition des symptômes généraux. Il sera ensuite possible de passer à un médicament par voie orale en fonction des résistances.

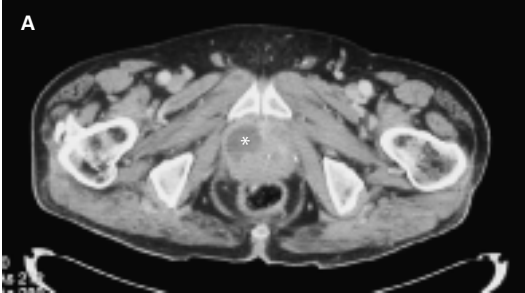
Dans le traitement empirique des cas les moins graves, c'est un inhibiteur de la gyrase (par ex. ciprofloxacine, 2x 500 mg, ou ofloxacine, 2x 400 mg p.o.) qui est recommandé pour deux à quatre semaines. Nous diminuons souvent la dose après dix jours (par ex. ciprofloxacine, 2x 250 mg p.o. pour dix autres jours). Les fluoroquinolones sont aussi efficaces contre les chlamydia et mycoplasmes. Chez les patients de moins de 35 ans, et surtout s'il y a suspicion de

gonorrhée, il est recommandé de faire une seule injection intramusculaire de 250 mg de ceftriaxone, qui sera suivie de doxycycline, 2x 100 mg pendant dix jours, car il y a toujours plus de gonocoques résistants aux quinolones [10], très répandus en Extrême-Orient surtout. Dans les infections à chlamydia, toujours plus fréquentes, c'est un traitement de doxycycline 200 mg par jour p.o. pendant deux semaines qui est recommandé, à faire suivre par 100 mg par jour pour deux autres semaines. Si l'infection est confirmée, il est indiqué de traiter le/la partenaire de manière à prévenir tout effet dit ping-pong. Des rapports sexuels protégés sont recommandés jusqu'au terme du traitement. Il faut enfin exclure toute autre maladie sexuellement transmissible (VIH, lues) par sérologie, après explications d'usage.

Les douleurs se traitent généralement par un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS), avec pour but secondaire une décongestion de la prostate. Une dérivation urinaire est presque toujours indispensable, au moins passagèrement. Elle est formellement indiquée s'il y a un résidu vésical, et c'est la cystostomie sus-pubienne qui est recommandée. Mais nous avons fait de bonnes expériences également avec les sondes transurétrales fines (par ex. Nelaton CH 12), surtout s'il y avait contre-indication à la dérivation sus-pubienne (par ex. traitement par antiagrégants plaquettaires ou status local inadapté à la pose de la cystostomie). La sonde doit être fine pour pouvoir bien drainer les sécrétions prostatiques. Cette sonde ne doit être posée que par des personnes expérimentées, car cette opération est plus difficile qu'avec les sondes plus grandes (CH 16) utilisées dans d'autres circonstances. Il est important à cet égard de savoir qu'après guérison de la prostatite aiguë, le diagnostic et le traitement du patient ne sont pas encore terminés, car il est souvent possible d'observer un trouble de la vidange vésicale sous-jacent (par ex. dans l'hyperplasie bénigne de la prostate). Avec un cathéter de cystostomie, après dérivation initiale de l'urine dans un sachet, il est possible d'effectuer un protocole de mesure du résidu vésical. C'est à un urologue d'évaluer, car en plus du toucher rectal il faut pratiquer une débitométrie et mesurer le résidu vésical. En fonction de l'âge, suivront un dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) en dehors de toute inflammation (après trois à six mois) et le cas échéant une cystoscopie et/ou cystomanométrie.

Abcès prostatique

L'abcès prostatique est une complication de la prostatite bactérienne aiguë. Les pathogènes les plus fréquents sont actuellement *Escherichia coli* et *Staphylococcus aureus*, alors qu'auparavant il s'agissait le plus souvent d'une gonococcie. Les facteurs prédisposants sont un diabète ou une immunosuppression. Le diagnostic se pose

la plupart du temps par tomographie computérisée pelvienne (fig. 2 ) ou par résonance magnétique. L'échographie transrectale n'est pas indiquée car elle est très douloureuse. Comme un abcès ne peut généralement pas être traité par médicaments, il faut y penser si une prostatite aiguë n'y répond pas. Le traitement se fait sous narcose par ouverture transurétrale à l'anse électrique ou drainage périnéal transcutané.

Prostatite bactérienne chronique (NIH catégorie II)

La prostatite bactérienne chronique est la cause la plus fréquente d'infections urinaires à répétition chez l'homme. Dans un tiers à la moitié des cas de prostatite bactérienne chronique confirmée dans l'épreuve des quatre verres, il y a une anamnèse d'infections urinaires récurrentes. Même après antibiothérapie tenant compte des résistances, un germe peut persister dans la prostate, réservoir bactérien, et occasionner une nouvelle infection urinaire, par exemple favorisée par de multiples prostatolithes, corps étrangers inertes. Il est important de penser à cette éventualité en cas d'infections récurrentes. L'évolution peut être intermittente, avec intervalles asymptomatiques, mais aussi chronique, comme dans le syndrome algique pelvien chronique. Une bactériurie significative ne peut être mise en évidence que chez quelque 5% des patients ayant une symptomatologie de syndrome algique pelvien chronique [11].

Epreuve des quatre verres ou PPMT

Comme dans le syndrome algique pelvien chronique, il faut effectuer une épreuve des quatre verres ou un PPMT pour poser le diagnostic de prostatite bactérienne chronique. L'urine du milieu du jet (VB2) peut montrer une bactériurie, mais elle peut aussi rester stérile. Mais le plus important pour le diagnostic est la présence confirmée de bactéries et de leucocytes (au moins dix par champ visuel à haute résolution [$\times 1000$]) dans l'exprimat prostatique (EPS) ou l'urine postmassage (VB3). Pour le massage prostatique, le patient est placé en décubitus latéral, les jambes repliées. L'expression digitale des sécrétions prostatiques se fait par voie transrectale, par pression délicate de l'index de latéro-basal vers médio-apical, de part et d'autre du sillon médian, jusqu'à ce que l'exprimat s'écoule à l'orifice urétral, ce qui est assez souvent limité par les douleurs.

Traitement médicamenteux et de soutien

Avec le milieu unique régnant à l'intérieur de la prostate, avec leurs caractéristiques pharmacocinétiques, les fluoroquinolones sont les médicaments de choix pour le traitement de la prostatite bactérienne chronique, ce que plusieurs études ont confirmé. Dans cette classe thérapeutique, les

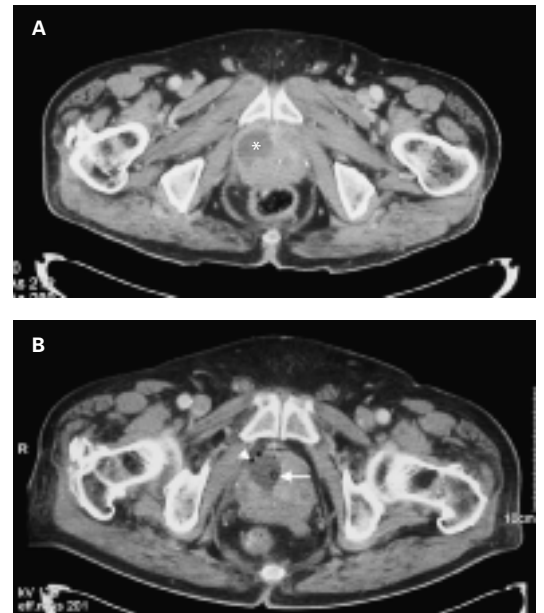


Figure 2

Abcès prostatique.

A) Formation d'un abcès (*) dans le lobe droit avec aggravation marginale.

B) Immédiatement après ouverture transurétrale de l'abcès sonde transurétrale visible (flèche) à côté de l'air insufflé (extrémité de la flèche).

différences de diffusion dans le tissu prostatique sont relativement faibles. Leur concentration dans la prostate est plus élevée que dans le plasma. Les fluoroquinolones ont un spectre d'action comprenant pratiquement toutes les étiologies infectieuses connues d'une prostatite. Elles doivent être prescrites plus longtemps que dans la prostatite aiguë, soit quatre à six semaines. Une interruption prématurée fait courir le risque de récurrence. Une antibiothérapie à plus faible dose (par ex. ciprofloxacine, 2×250 mg) peut parfois s'avérer nécessaire pour la prévention d'une nouvelle flambée symptomatique de l'infection si le germe n'est pas éradicable. En général, 90% des patients répondent à l'antibiothérapie, mais son résultat et la compliance du patient doivent être vérifiés tout au long du traitement. Des traitements non spécifiques tels qu'AINS, enveloppements chauds, bains de siège ou massages prostatiques à répétition peuvent également être utiles.

Syndrome algique pelvien chronique (NIH catégories IIIA/IIIB)

Le syndrome algique pelvien chronique a d'énormes conséquences socioéconomiques, en plus de celles sur la qualité de vie comparables au diabète, à la maladie de Crohn ou à une insuffisance cardiaque chronique. Selon les études de la NIH Chronic Prostatitis Cohort Study, ses coûts directs atteignent quelque 1000 dollars par patient et par an [12].

L'étiologie du syndrome algique pelvien chronique, totalisant 90% environ de tous les cas de prostatite chronique symptomatique, reste toujours mystérieuse. Il y a toutes sortes de théories, certaines étant soutenues par des études. Aucune n'est véritablement parvenue à s'imposer jusqu'ici. En fonction de l'hétérogénéité et de l'inconstance des résultats, une étiologie multifactorielle est possible, de même que peut-être une séquence en cascade de facteurs étiologiques et pathogénétiques (tab. 2 ◀). Il reste à espérer que des sous-groupes vont pouvoir s'établir sur la base de critères bien précis, et qu'un traitement bien défini pourra ensuite être proposé à ces patients.

Diagnostic

Après l'anamnèse visant à analyser la symptomatologie typique (tab. 3 ◀), il est très utile de recourir à un score de symptômes pour en apprécier la gravité et l'évolution. Le NIH Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI), repris de l'anglais [22] mais également validé en allemand, est particulièrement indiqué pour ce faire [13] (tab. 4 ◀). Une baisse du NIH-CPSI (43 points maximaux) d'au moins 6 points témoigne d'un résultat notable du traitement. En plus de ce score, nous utilisons régulièrement l'International Prostate Symptom Score (IPSS) lorsque co-existe et interfère une symptomatologie d'hyperplasie bénigne de la prostate, ce qui est fréquent. En plus des examens diagnostiques recommandés par la European Association of Urology [14] (tab. 5 ◀), il faut effectuer d'autres examens en fonction du patient et des résultats obtenus. En fonction de son profil de risque, d'autres pathologies doivent être exclues (tab. 6 ◀).

Les biopsies prostatiques, examinées selon des techniques de culture spéciales et analysées par PCR quant à la présence de séquences d'ADN bactérien codant pour le 16S rARN, permettent de supposer que certains cas de syndrome algique pelvien inflammatoire «non bactériens» (NIH catégorie IIIA) peuvent être dus à des bactéries faiblement virulentes. La biopsie prostatique n'est cependant pas parvenue à s'établir dans cette indication et reste réservée à des études scientifiques. L'examen histologique conventionnel de la biopsie ne donne pas plus d'informations importantes, sauf en cas de suspicion de carcinome prostatique (voir plus loin).

Traitement

Le traitement du syndrome algique pelvien chronique doit être individualisé. Il s'avère toujours plus souvent qu'une monothérapie séquentielle ne donne qu'un résultat modeste. En regardant de très près le résultat de monothérapies séquentielles en suivant un schéma bien précis dans un centre spécialisé pour la prostate, un résultat au moins modéré n'a pu être objectivé que chez un tiers des patients après un an [15].

Tableau 2. Facteurs étiologiques et pathogénétiques potentiels du syndrome algique pelvien chronique.

Infection par bactéries peu virulentes
Reflux ductal intraprostatique
Trouble de la vidange vésicale (dyscoordination détrusor-sphincter)
Inflammation chimique
Autoimmunité contre antigènes prostatiques
Dysrégulation neurale
Pathologie de la musculature du plancher pelvien
Psychogène

Tableau 3. Symptômes typiques du syndrome algique pelvien chronique (NIH catégories IIIA/IIIB).

Durée des symptômes	Au moins trois mois
Douleurs	Périnée (46%), éventuellement scrotum et testicules (39%), région sus-pubienne/vessie (6%), pénis (6%), région lombaire ou lombosacrée (2%)
Sexualité	Douleurs pendant ou après l'éjaculation Éventuelle dysfonction érectile (ED)
Fonction vésicale (LUTS, lower urinary tract symptoms)	Symptômes irritatifs et obstructifs avec pollakiurie, miction impérieuse, faiblesse du jet urinaire, délai mictionnel, miction en plusieurs temps

Alphabloquants

Comme une bonne partie des patients souffrant d'un syndrome algique pelvien chronique présente une dyscoordination détrusor-sphincter, avec l'obstruction fonctionnelle qui en résulte, ou une hyperplasie bénigne de la prostate avec recoupement symptomatologique, un traitement par un alphabloquant (par ex. tamsulosine, alfuzosine) est logique. Une étude contrôlée contre placebo a pu montrer un bénéfice significatif en matière d'amélioration des symptômes pour la tamsulosine après un bref suivi [16]. Nul ne peut encore dire si cet effet se maintient à long terme.

A/NS

Cette classe thérapeutique également souvent utilisée dans le traitement de la prostatite chronique a elle aussi été examinée dans une étude randomisée et contrôlée contre placebo. Le rofécoxibe, retiré du marché, a eu un effet significativement meilleur que le placebo sur les critères d'outcome, à court terme [17]. Un effet semblable est prévisible pour d'autres AINS (par ex. diclofénac, ibuprofène).

Antibiotiques

Puisqu'une infection bactérienne, impossible à confirmer par les méthodes conventionnelles, peut se cacher derrière un syndrome inflamma-

Tableau 4. NIH Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI), version française non validée (traduit de la version allemande validée [13]; voir aussi [23]).⁵

Douleurs ou plaintes

1. Avez-vous ressenti des douleurs ou problèmes dans l'une des régions ci-dessous au cours de la semaine précédente?

- | | Oui | Non |
|--|----------------------------|----------------------------|
| a. Zone entre rectum et testicule (périnée) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| b. Testicule | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| c. Pointe du pénis
(sans rapport avec la miction) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| d. En dessous de la ceinture,
région du pubis ou de la vessie | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |

2. La semaine passée, avez-vous eu

- | | Oui | Non |
|--|----------------------------|----------------------------|
| a. des douleurs ou des brûlures
en urinant? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| b. des douleurs ou problèmes lors
de l'éjaculation? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |

3. La semaine passée, combien de fois avez-vous eu des douleurs ou problèmes dans l'une ou plusieurs de ces régions?

- 0 Jamais
 1 Rarement
 2 Parfois
 3 Souvent
 4 Presque tout le temps
 5 Tout le temps

4. Quel chiffre décrit le mieux vos douleurs ou problèmes EN MOYENNE les jours pendant lesquels vous les avez ressentis au cours de la semaine passée?

- | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
| Aucune douleur | | | | | | | | Pire douleurs imaginables | | |

Miction

5. Combien de fois la semaine passée avez-vous eu l'impression que votre vessie n'était pas complètement vidée après avoir uriné?

- 0 Jamais
 1 Moins d'une fois sur cinq
 2 Moins de la moitié des fois
 3 Environ la moitié des fois
 4 Plus de la moitié des fois
 5 Presque à chaque fois

6. Combien de fois la semaine passée avez-vous dû uriner dans les 2 heures qui ont suivi la miction précédente?

- 0 Jamais
 1 Moins d'une fois sur cinq
 2 Moins de la moitié des fois
 3 Environ la moitié des fois
 4 Plus de la moitié des fois
 5 Presque à chaque fois

Répercussions des symptômes

7. Dans quelle mesure vos problèmes vous ont-ils empêché d'accomplir vos activités habituelles la semaine passée?

- 0 Absolument pas
 1 Peu
 2 Moyennement
 3 Beaucoup

8. Combien de fois la semaine passée avez-vous réfléchi à vos problèmes?

- 0
 1
 2
 3

9. Comment vous sentiriez-vous si vous deviez vivre le reste de votre vie avec exactement les mêmes problèmes que vous avez ressentis la semaine passée?

- 0 Enthousiasmé
 1 Content
 2 Plutôt satisfait
 3 Moitié-moitié
 (satisfait et insatisfait à peu près pareillement)
 4 Plutôt insatisfait
 5 Malheureux
 6 Terriblement malheureux

Analyse

Douleurs (total 1-4) = _____

Symptômes urinaires (total 5+6) = _____

Répercussions des symptômes (total 7-9) = _____

TOTAL NIH-CPSI (total 1-9) = _____

toire algique pelvien chronique (NIH IIIA), une tentative de traitement par un antibiotique approprié (voir plus haut) est justifiée dans certaines circonstances. Quelques études cliniques non contrôlées ont confirmé un effet positif d'un tel traitement, alors qu'une étude contrôlée contre placebo [18] n'a montré aucun avantage significatif pour l'antibiotique utilisé (la lévofloxacine). Dans une étude contrôlée contre placebo avec tamsulosine et ci-

profloxacine, seules et en association dans un syndrome algique pelvien chronique modéré à grave, aucun des bras de traitement ne s'est avéré significativement supérieur [19]. L'effet du traitement reste en tout cas loin derrière la fréquence effective de l'antibiothérapie (75%, soit le traitement le plus souvent prescrit). Quoi qu'il en soit, un tel traitement devrait être prescrit une fois mais pas plus, «ex juvantibus».

⁵ Avec permission de National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK), National Institutes of Health (NIH), Bethesda, MD.

Tableau 5. Séquence des work-ups urologiques dans le syndrome de prostatite selon les recommandations de l'EAU [14].

Anamnèse
Examen physique
Examen et culture d'urine (du milieu du jet)
Exclusion de toute maladie vénérienne
Protocole mictionnel, débimétrie et mesure du résidu vésical
Epreuve des quatre verres avec microscopie et culture
Traitement antibactérien chez les patients ayant une infection confirmée ou suspectée
Si pas d'amélioration (après 2 semaines) nouvelle évaluation avec vidéo-urodynamique

Phytothérapie

D'autres options thérapeutiques sont par ex. la quercétine (bioflavonoïde), qui dans une étude contrôlée contre placebo a eu un effet significativement positif sur les symptômes (67% contre 20%). Cernilton, extrait de pollen de graminées, a amélioré les symptômes dans deux études.

Inhibiteurs de la 5 α -réductase

Dans une étude contrôlée contre placebo, le finastéride a eu un effet partiel. Mais les auteurs l'ont jugé trop peu important, ne justifiant son utilisation que pour les patients ayant une hyperplasie bénigne de la prostate.

Autres options

En plus d'autres traitements médicamenteux, par ex. les anticholinergiques pour traiter la symptomatologie d'urgence, ou les myorelaxants pour détendre la musculature striée du plancher pelvien, il existe des méthodes physiques et physiothérapeutiques telles qu'enveloppements chauds, micro-ondes transurétrales (TUMT), massages prostatiques répétés, biofeedback, «trigger point release» ou acupuncture, qui peu-

vent avoir certains résultats. La stimulation électrique de nerfs par voie transcutanée (TENS) ou une stimulation des nerfs sacrés (SNS) peuvent également être des options chez certains patients. Mais il n'y a aucun résultat à long terme pour ces traitements dans de grands collectifs. Les techniques ablatives telles que la résection transurétrale de la prostate (TURP) n'ont fait preuve d'aucun effet notable. Et même, il faudrait dans toute la mesure du possible renoncer à une TURP chez un patient ayant une hyperplasie bénigne de la prostate et présentant des symptômes de prostatite chronique, car la symptomatologie d'irritation et de douleur ne s'améliorera pratiquement pas après l'opération, ce dont le patient sera très déçu. Une prostatectomie radicale a même été effectuée dans des cas anecdotiques, sans amélioration de la symptomatologie.

La figure 3 donne une proposition de traitement d'un syndrome algique pelvien chronique NIH III.

Prostatite inflammatoire asymptomatique (NIH catégorie IV)

L'importance de la prostatite inflammatoire asymptomatique n'est pas précisée, elle joue un rôle secondaire. Selon la définition du NIH, elle est asymptomatique, c.-à-d. que le patient ne ressent aucune douleur pelvienne, mais son examen prostatique (EPS) contient des leucocytes

Tableau 6. Sélection d'examen complémentaires individuels envisageables.

Examen	Par ex. si	Exclusion/confirmation de
Dosage du PSA/échographie transrectale biopsie prostatique	Age 50-70 ans	Carcinome de la prostate
Examen bactériologique de l'éjaculat	Infertilité	Infection bactérienne
Urétrocystographie/cysto-urétrographie mictionnelle	Diminution nette de la force du jet urinaire	Stricture urétrale, sténose du col vésical
Cystoscopie avec cytologie	Hématurie	Tumeur de la vessie/calcul vésical
Echographie urogénitale/urographie/tomographie computerisée abdomino-pelvienne	Douleur prédominant d'un côté, hématurie	Lithiase
Tomographie par résonance magnétique pelvienne	Surtout processus expansif dans les tissus mous pelviens	Tumeur des tissus mous
Lavement baryté, recto-/coloscopie	Troubles de la défécation, sang dans les selles	Carcinome colorectal

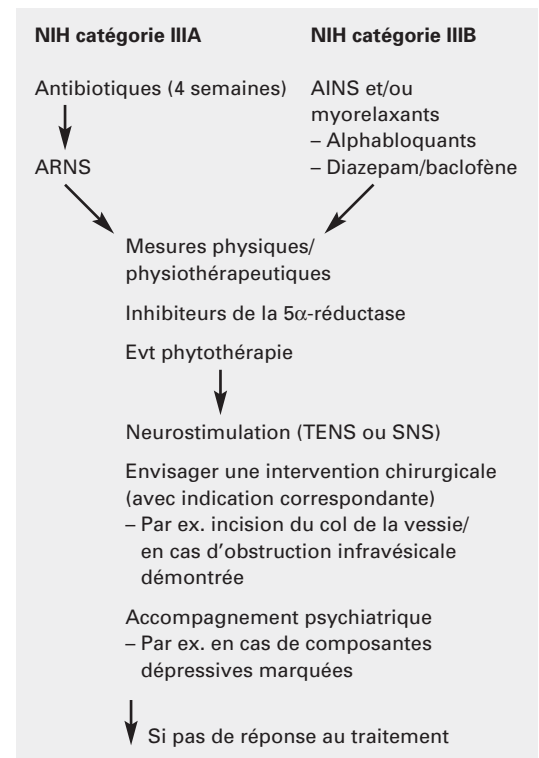


Figure 3

Proposition d'algorithme de traitement de la prostatite inflammatoire et non inflammatoire (syndrome algique pelvien chronique).

et/ou bactéries, de même que son urine postmassage (VB3), son éjaculat ou son tissu prostatique biopsié. En pratique courante, l'épreuve des quatre verres ou un PPMT ne sont effectués que chez un patient symptomatique. Le diagnostic peut être posé par une biopsie prostatique (PSA augmenté), après TURP (hyperplasie bénigne de la prostate) ou dans un spermogramme pour examen de la fertilité. Dans une étude sur le dépistage du carcinome de la prostate ayant porté sur 300 hommes ayant un PSA augmenté mais aucun symptôme de prostatite, un EPS a été effectué chez 227 et 32,2% avaient une prostatite NIH IV avec un PSA significativement augmenté (2,3 contre 1,4 ng/ml) [20]. Certains auteurs en ont conclu, avec le fait qu'une antibiothérapie abaisse significativement le PSA (de l'ordre de 4-10 ng/ml), que de tels patients devaient être traités par antibiotiques (évt plus AINS) avant la biopsie, ce que contestent d'autres en raison du coût disproportionné et des bénéfices douteux [21]. Il faut encore mentionner qu'avec les données épidémiologiques et cliniques, il est possible d'imaginer une relation entre inflammation

chronique de la prostate et carcinome prostatique. Les mécanismes possibles sont la production de radicaux oxygénés réactifs, une induction de la cyclo-oxygénase-2 ou la production de facteurs paracrines, pouvant contribuer à l'induction et/ou la prolifération d'un carcinome.

Conclusion

Les douleurs périnéales et des organes génitaux externes, de même que les dysfonctions vésicales et sexuelles peuvent avoir de très nombreuses étiologies, urologiques (tumeurs de la prostate et de la vessie, hyperplasie bénigne de la prostate, lithiases, strictures urétrales et sténoses du col vésical) et non urologiques (carcinomes colorectaux, fistules, fissures anales). Mais ce sont les inflammations de la prostate qui sont les plus fréquentes, cliniquement très polymorphes et devant être systématiquement diagnostiquées. La palette thérapeutique est très vaste, et il faut l'épuiser avant de diagnostiquer cette maladie comme étant psychosomatique.

Références

- Meares EM, Stamey TA. Bacteriologic localization patterns in bacterial prostatitis and urethritis. *Invest Urol.* 1968;5: 492-518.
- Weidner W, Jantos C, Schiefer HG, Haidl G, Friedrich HJ. Semen parameters in men with and without proven chronic prostatitis. *Arch Androl.* 1991;26:173-83.
- Drach GW, Fair WR, Meares EM, Stamey TA. Classification of benign diseases associated with prostatic pain: prostatitis or prostatodynia? *J Urol.* 1978;120:266.
- Krieger JN, Nyberg L jr., Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis. *JAMA.* 1999;282:236-7.
- Schaeffer AJ. Etiology and management of chronic pelvic pain syndrome in men. *Urology.* 2004;63:75-84.
- Calhoun EA. What is the economic impact of chronic prostatitis? *J Urol.* 2001;165:25.
- Hochreiter W, Ludwig M, Weidner W, Wagenlehner F, Naber K, Eremenco S, et al. National Institutes of Health (NIH) Chronic Prostatitis Symptom Index. Deutsche Version. *Urologe A.* 2001;40(1):16-7.
- Nickel JC, Narayan P, McKay J, Doyle C. Treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome with tamsulosin: a randomized double blind trial. *J Urol.* 2004;171: 1594-7.
- Nickel JC, Downey J, Clark J, Casey RW, Pommerville PJ, Barkin J, et al. Levofloxacin for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in men: a randomized placebo-controlled multicenter trial. *Urology.* 2003;62:614-7.
- Alexander RB, Propert KJ, Schaeffer AJ, Landis JR, Nickel JC, O'Leary MP, et al. Ciprofloxacin or tamsulosin in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized, double-blind trial. *Ann Intern Med.* 2004;141: 581-9.
- Carver BS, Bozeman CB, Williams BJ, Venable DD. The prevalence of men with National Institutes of Health category IV prostatitis and association with serum prostate specific antigen. *J Urol.* 2003;169:589-91.
- Litwin MS, McNaughton-Collins M, Fowler FJ Jr., Nickel JC, Calhoun EA, Pontari MA, et al. The National Institutes of Health chronic Prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. *J Urol.* 1999;162(2): 169-75.
- Karakiewicz PI, Perrotte P, Valiquette L, Benard F, McCormack M, Menard C, et al. French-Canadian linguistic validation of the NIH Chronic Prostatitis Symptom Index. *Can J Urol.* 2005;12(5):2816-23.

Vous trouverez la bibliographie complète [1-23] dans la version en ligne de l'article sous www.medicalforum.ch/pdf/pdf_d/2007-2/2007-2-143.pdf.

Correspondance:
Dr Daniel Engeler
Klinik für Urologie
Kantonsspital
Rorschacher Strasse 95
CH-9007 St. Gallen
daniel.engeler@kssg.ch

Prostatite – L'importante pour la pratique

Daniel S. Engeler^a, Kurt Ebnetter^b, Hans-Peter Schmid^a

^aKlinik für Urologie, Kantonsspital St. Gallen, ^bHausarztpraxis, Appenzell

Références

- Meares EM, Stamey TA. Bacteriologic localization patterns in bacterial prostatitis and urethritis. *Invest Urol.* 1968;5:492–518.
- Nickel JC. The pre and post massage test (PPMT): a simple screen for prostatitis. *Tech Urol.* 1997;3:38–43.
- Krieger JN, Berger RE, Ross SO, Rothman I, Muller CH. Seminal fluid findings in men with nonbacterial prostatitis and prostatodynia. *J Androl.* 1996;17:310–8.
- Weidner W, Jantos C, Schiefer HG, Haidl G, Friedrich HJ. Semen parameters in men with and without proven chronic prostatitis. *Arch Androl.* 1991;26:173–83.
- Drach GW, Fair WR, Meares EM, Stamey TA. Classification of benign diseases associated with prostatic pain: prostatitis or prostatodynia? *J Urol.* 1978;120:266.
- Krieger JN, Nyberg L jr., Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis. *JAMA.* 1999;282:236–7.
- Schaeffer AJ. Etiology and management of chronic pelvic pain syndrome in men. *Urology.* 2004;63:75–84.
- Andreu A, Stapleton AE, Fennell C, Lockman HA, Xercavins M, Fernandez F, et al. Urovirulence determinants in *Escherichia coli* strains causing prostatitis. *J Infect Dis.* 1997;176:464–9.
- Rubin RH, Shapiro ED, Andriole VT, Davis RJ, Stamm WE. Evaluation of new anti-infective drugs for the treatment of urinary tract infection. *Infectious Diseases Society of America and the Food and Drug Administration. Clin Infect Dis.* 1992;15(Suppl 1):S216–27.
- Fenton KA, Ison C, Johnson AP, Rudd E, Soltani M, Martin I, et al. Ciprofloxacin resistance in *Neisseria gonorrhoeae* in England and Wales in 2002. *Lancet.* 2003;361:1867–9.
- Weidner W, Schiefer HG, Krauss H, Jantos C, Friedrich HJ, Altmannsberger M. Chronic prostatitis: a thorough search for etiologically involved microorganisms in 1,461 patients. *Infection.* 1991;19(Suppl 3):S119–25.
- Calhoun EA. What is the economic impact of chronic prostatitis? *J Urol.* 2001;165:25.
- Hochreiter W, Ludwig M, Weidner W, Wagenlehner F, Naber K, Eremenco S, et al. National Institutes of Health (NIH) Chronic Prostatitis Symptom Index. Deutsche Version. *Urologe A.* 2001;40(1):16–7.
- Naber KG, Bergman B, Bishop MC, Bjerklund-Johansen TE, Botto H, Lobel B, et al. EAU guidelines for the management of urinary and male genital tract infections. Urinary Tract Infection (UTI) Working Group of the Health Care Office (HCO) of the European Association of Urology (EAU). *Eur Urol.* 2001;40:576–88.
- Nickel JC, Downey J, Ardern D, Clark J, Nickel K. Failure of a monotherapy strategy for difficult chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Urol.* 2004;172:551–4.
- Nickel JC, Narayan P, McKay J, Doyle C. Treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome with tamsulosin: a randomized double blind trial. *J Urol.* 2004;171:1594–7.
- Nickel JC, Pontari M, Moon T, Gittelman M, Malek G, Farrington J, et al. A randomized, placebo controlled, multicenter study to evaluate the safety and efficacy of rofecoxib in the treatment of chronic nonbacterial prostatitis. *J Urol.* 2003;169:1401–5.
- Nickel JC, Downey J, Clark J, Casey RW, Pommerville PJ, Barkin J, et al. Levofloxacin for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in men: a randomized placebo-controlled multicenter trial. *Urology.* 2003;62:614–7.
- Alexander RB, Probert KJ, Schaeffer AJ, Landis JR, Nickel JC, O'Leary MP, et al. Ciprofloxacin or tamsulosin in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized, double-blind trial. *Ann Intern Med.* 2004;141:581–9.
- Carver BS, Bozeman CB, Williams BJ, Venable DD. The prevalence of men with National Institutes of Health category IV prostatitis and association with serum prostate specific antigen. *J Urol.* 2003;169:589–91.
- Kawakami J, Siemens DR, Nickel JC. Prostatitis and prostate cancer: implications for prostate cancer screening. *Urology.* 2004;64:1075–80.
- Litwin MS, McNaughton-Collins M, Fowler FJ jr., Nickel JC, Calhoun EA, Pontari MA, et al. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. *J Urol.* 1999;162(2):169–75.
- Karakiewicz PI, Perrotte P, Valiquette L, Benard F, McCormack M, Menard C, et al. French-Canadian linguistic validation of the NIH Chronic prostatitis symptom index. *Can J Urol.* 2005;12(5):2816–23.

Correspondance:
Dr Daniel Engeler
Klinik für Urologie
Kantonsspital
Rorschacher Strasse 95
CH-9007 St. Gallen
daniel.engeler@kssg.ch