

Abcès de la prostate de découverte fortuite : A propos de deux cas**Prostate abscess discovery: two cases report**Kassogué A^{1,&}, Diarra A², Berthé HJG³, Diallo MS¹, Coulibaly MT⁴, Cissé D⁵^{1,&}Service d'Urologie, CHU Pr Bocar Sidy Sall de Kati, Mali²Service d'Urologie, CHU Mère-Enfant, Le Luxembourg, Mali³Service d'Urologie, CHU du Point G, Bamako, Mali⁴Service d'Urologie, CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali⁵Service de chirurgie, Unité d'Urologie, Hopital de Mopti, Mali**Correspondance :** Dr Amadou KASSOGUE, Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako, Service d'Urologie, CHU Pr Bocar Sidy Sall de Kati, Mali **E. mail :** kassogueamadou@hotmail.fr**Résumé**

Introduction : l'abcès prostatique est une pathologie de plus en plus rare. Sa symptomatologie n'est pas spécifique. L'échographie endorectale et le scanner pelvien occupent une place de choix dans le diagnostic. Le traitement repose sur l'antibiothérapie adaptée et sur le drainage percutané par voie transpérinéale, transrectale ou endoscopique. **Observation :** nous rapportons deux cas d'abcès de prostate, l'un des patients est âgé de 47 ans et l'autre 61 ans. Dans les deux cas, le diagnostic a été de découverte fortuite en per opératoire. Le scanner abdominopelvien a posé le diagnostic de kyste de prostate chez l'un et une hypertrophie bénigne de la prostate chez l'autre par une échographie réno-vésico-prostatique. Le traitement a consisté en un drainage par chirurgie ouverte avec une antibiothérapie adaptée. L'évolution a été favorable dans les deux cas. **Conclusion :** l'abcès prostatique est une pathologie rare et sa symptomatologie clinique n'est pas spécifique. Dans notre cas, le diagnostic n'a pu être confirmé qu'en peropératoire et le traitement par chirurgie ouverte avec un bon résultat.

Mots clés : Abcès, antibiothérapie, chirurgie, prostate.**Abstract**

Introduction: Prostatic abscess is a rare disease. The symptomatology is not specific. Transrectal ultrasonography and pelvic CT scan confirm the diagnosis. Treatment is based on appropriate antibiotic therapy and transperineal drainage, transrectal or urological endoscopic drainage. **Observation:** We report two cases of prostatic abscess. Two patients, aged 47 and 61 years, presented nonspecific clinical features. In both cases, the diagnosis was incidental discovery intra-operatively. The pelvic CT scan made the diagnosis of prostate cyst in one and a benign prostatic hyperplasia in the other by a reno-vesico-prostatic ultrasound. Treatment consisted of open surgical drainage with appropriate antimicrobial therapy. Evolution was favorable in both cases. **Conclusion:** Prostatic abscess is a rare disease and its clinical symptomatology is not specific. In our case, the diagnosis could be confirmed only intraoperatively and the treatment performed by open surgery with a good result.

Keywords: Abscess, antibiotic, prostate, surgery.

Introduction : l'abcès prostatique est une pathologie rare [1, 2, 3]. Sa symptomatologie n'est pas spécifique. L'échographie endorectale et la TDM pelvienne occupe une place de choix dans le diagnostic de cette pathologie. Le traitement repose sur l'antibiothérapie adaptée et sur le drainage percutané par voie transpérinéale, par voie transrectale, par voie endoscopique selon les auteurs [2, 3, 4]. Nous rapportons deux cas de découverte fortuite en per opératoire et

discutons les aspects diagnostiques et thérapeutiques.

Observation 1 : M.S.D, âgé de 47 ans, tabagique chronique, admis dans notre service le 15 Mai 2017, pour troubles mictionnels avec une notion de pyurie et d'hématurie. Le patient est suivi pour infertilité du couple avec une azoospermie sur trois spermogrammes. Le bilan hormonal est normal. Au toucher rectal, nous avons constaté une prostate augmentée de volume d'environ 40 g et

d'allure bénigne. L'ECBU était négatif. Le PSA et la fonction rénale étaient normales. L'échographie réno-vesico-prostatique (figure 1) a montré une hypertrophie bénigne de la prostate d'environ 40 g. L'UCRM était normale. Nous avons complété par un scanner abdominopelvien qui a conclu à un kyste prostatique (figure 2). Au bloc opératoire, après la taille vésicale, l'introduction du doigt dans le col vésical ramène du pus franc et l'exploration digitale retrouve une fonte du parenchyme prostatique. En post opératoire, nous avons mis le patient sous tri antibiothérapie (Céftriaxone, 2 gramme /24 h), ciprofloxacine 1 gramme /24 h, métronidazole, 1g /24 h). L'évolution était favorable sans complication. Le résultat du prélèvement du pus a identifié un *Staphylococcus aureus* sensible sous Céftriaxone.

Observation 2 : Monsieur S.D, âgé de 61 ans, admis dans notre service le 18 janvier 2018 pour troubles mictionnels compliqués de rétention aigue complète d'urine ayant bénéficié un sondage vésicale. Le patient est diabétique sous traitement et mal équilibré avec une glycémie à 2,11 g/l à l'admission. Le toucher rectal a révélé une prostate augmentée de volume et sensible à la palpation d'allure bénigne d'environ 80 g. Le PSA et la fonction rénale étaient normales. L'ECBU a identifié une infection urinaire à *E. Coli* Sensible à la Gentamycine traité avec succès. L'échographie réno-vesico-prostatique a montré une prostate d'environ 123 g. Le patient est admis au bloc pour adénomectomie de la prostate. Après la taille vésicale, l'incision péri-cervicale ramène du pus franc (figure 3) avec nécrose du parenchyme prostatique. Pas de pièce d'adénomectomie.

En post opératoire, nous avons mis le patient sous tri antibiothérapie : Céftriaxone (2 gramme /24h), Gentamycine (160 gramme /24h), métronidazole (1g /24h). L'évolution était favorable sans complication. Le prélèvement du pus a identifié le même

germe un *E. Coli* sensible sous Céftriaxone.

Aspects éthiques : le consentement éclairé verbal des patients a été obtenu avant la soumission de l'article pour publication scientifique.

Discussion

L'abcès prostatique est une affection rare représentant environ 0,5% de toutes les pathologies prostatique [5]. L'abcès prostatique peut toucher les hommes à tout âge. Nos deux patients étaient âgés de 47 ans et 61 ans. Les signes ne sont pas spécifiques. Chez un patient âgé de plus de 50 ans avec un abcès prostatique, les signes sont presque similaires à l'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP). Les facteurs de risque de développement connu d'abcès de la prostate sont le diabète, les pathologies obstructives du bas appareil urinaire, le sondage vésical, l'insuffisance rénale chronique, l'hémodialyse ainsi que l'infection à VIH [1, 2, 3, 5, 6]. Dans notre cas, l'un de nos patients était diabétique et mal suivi, admis avec une sonde urinaire pour rétention vésicale complète. Le second est tabagique chronique. Selon Collado A. [7] et coll., 60 à 80 % des germes pathogènes sont des bacilles à gram négatif. L'un de nos patients avait une infection urinaire à *E. Coli* sur l'ECBU préopératoire. Les signes cliniques de l'abcès prostatique ne sont pas spécifiques et peuvent être rencontrés au cours de nombreuses autres pathologies urologiques. Des troubles mictionnels liés à l'HBP (pollakiurie, dysurie, et fièvre) sont les signes les plus fréquents. Selon Weinberger et coll [8], le toucher rectal peut retrouver une masse fluctuante mais celle-ci n'est retrouvée que dans 16 à 20% des cas. La prostate reste sensible dans 35% des cas [9]. Chez un de nos patients la prostate était sensible au toucher rectal. Le diagnostic reste souvent difficile par le toucher rectal. Une fois sur trois, le toucher rectal montre une prostate augmentée de taille avec une zone tendue, douloureuse et fluctuante qui signe l'abcédation [1, 6].

Selon DAJANI A.M [10], cette fluctuation peut être masquée par une glande prostatique enflammée et indurée. Le toucher rectal ne permet donc pas avec certitude de poser le diagnostic de l'abcès prostatique. L'échographie endorectale peut confirmer le diagnostic et occupe la place de choix, en cas d'abcès prostatique. Elle montre une zone hypoéchogène au début et qui devient franchement transsonique au stade de collection avec souvent un renforcement postérieur [3]. Dans notre cas, le diagnostic était plutôt orienté vers une hypertrophie bénigne de la prostate sur l'échographie réno-vésico-prostatique pour l'un et un kyste prostatique sur un scanner abdominopelvien pour l'autre. L'imagerie médicale est opératoire dépendante et la confirmation diagnostique d'abcès de la prostate semble être plus facile sur l'échographie endorectale que sur l'échographie pelvienne. Le résultat du scanner est superposable à celui de l'échographie endorectale. Le scanner montre une zone de densité atténuée au sein de la glande prostatique et l'abcès peut être unique ou multiple [6]. Chez un de nos patients le scanner a évoqué un kyste prostatique. Le kyste prostatique, une dilatation de l'urètre prostatique en amont d'un rétrécissement urétral et une loge prostatique d'adenomectomie posent le diagnostic différentiel avec l'abcès prostatique [1]. Le traitement repose sur l'antibiothérapie adaptée et sur le drainage percutané par voie transpérinéale, par voie transrectale, par voie endoscopique selon les auteurs [2, 3, 4]. En cas de rétention aigue d'urines, la dérivation des urines par cathétérisme sus-pubien est indiquée [3]. Un de nos patients est admis avec une sonde urinaire pour rétention urinaire. L'antibiothérapie adaptée doit tenir compte de la barrière prostatique et le germe en cause. Nous n'avons pas retrouvé de consensus selon le choix du mode de drainage. En cas d'abcès unique, le drainage périnéal percutané est le plus inoffensif et doit être fait en première

intention selon certain auteur [1]. Correctement drainés, Mohamed D. et coll. [1], rapporte que les abcès de la prostate ont une évolution favorable avec restitution ad integrum du parenchyme prostatique.

Conclusion : l'abcès prostatique est une pathologie de plus en plus rare et sa symptomatologie clinique n'est pas spécifique. L'échographie endorectale et le scanner permet de confirmer le diagnostic. Le traitement est basé sur le drainage percutané par voie transpérinéale, par voie transrectale, par voie endoscopique avec une antibiothérapie adaptée. Nous rapportons ces deux cas pour attirer l'attention du clinicien l'intérêt d'un diagnostic précis par échographie endorectale en cas de suspicion d'un kyste prostatique ou d'abcès prostatique.

Conflits d'intérêts : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Référence

- 1-Dakir M, Aboutaieb R, Dahami Z, Sarf I, Zamiaty W, Essakalli N, et coll. L'abcès prostatique à propos de deux cas. *Prog. Urol.* 2000 ; 10 : 300-302.
- 2-Herard A, Brandt B, Colin J, Drancourt E. Abcès prostatiques : quelles thérapeutiques proposer? *Prog. Urol* 1999 ; 9 : 767-771.
- 3-Chaabouni M.N, Pfeifer P, Ferrandis PH, Chokairi S, Ardalion TH, Dumas J.PH, et coll. Place de la ponction transrectale échoguidée dans le traitement des abcès prostatiques. *Ann Urol.*, 1994; 28: 24-27.
4. Sohlberg O.E, Chetner M, Ploch N, Brawer M.K. Prostatic abscess after transrectal ultrasound guided biopsy. *J. Urol.*, 1991; 146: 420-422.
- 5- El Harrech Y, Chafiki J, Janane A, Ghadouane M, Ameer A, Abbar M. Aspiration échoguidée transrectale des abcès prostatiques. *J. radiol.* 2010 ; 91(2) : 227-229.
- 6-Jemni M, Jemni L, Kraiem C, Mosbah A, Allegue M. L'abcès prostatique. A propos de deux cas. *Ann. Urol.*, 1989 ; 23 : 134-136.
- 7-Collado A, Palou J, Garcia-Penit J, Salvador J, Torre P, Vicente J. Ultrasound-

guided needle aspiration in prostatic abscess. Urology 1999; 53:548-52.

8-Weinberger M, Cytron S, Servadio C, Block C, Rosenfeld JB, Pitlik SD. Prostatic abscess in the antibiotic era. Rev Infect Dis 1988; 10: 239-49.

9-Barozzi L, Pavlica P, Menchi I, De Matteis M, Canepari M. Prostatic abscess:

diagnosis and treatment. AJR Am J Roentgenol 1998; 170: 753-7.

10-Dajani A.M, O'flynn J.D. Prostatic abscess. A report of twenty- five cases. Brit. J. Urol. 1968, 40: 736-739.

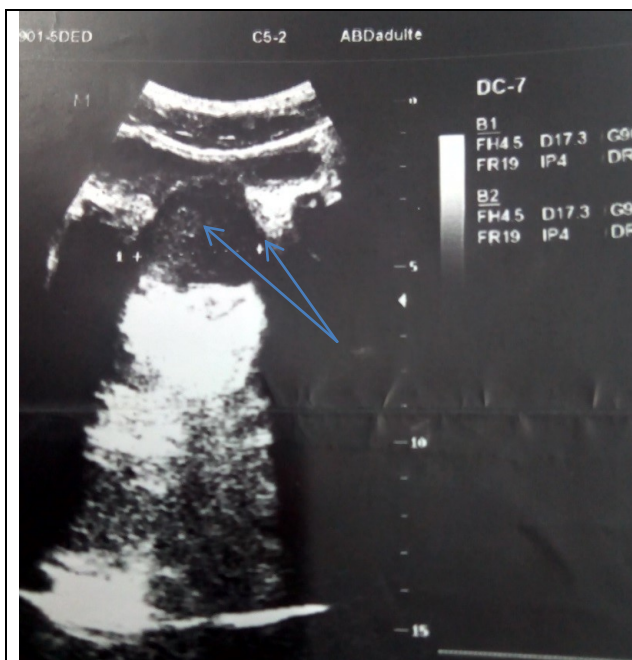


Figure 1 : échographie vesico-prostatique. Aspect hyper et hypoechogène au niveau de la prostate (flèches).



Figure 2: scanner pelvien montrant un abcès de la prostate. Image hypodense au niveau de la prostate (flèche).

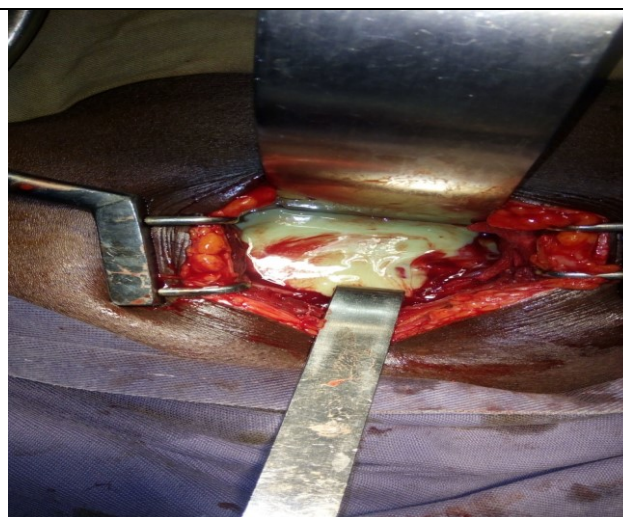


Figure 3 : image peropératoire, présence d'important pus après la cervicotomie