

GROSSE LITHIASSE INTRA PROSTATIQUE (A PROPOS D'UN CAS)

M. H. MEZZOUR, Y. A. EL MESSAOUDI, H. BALHOUSS, M.
DAKIR, R. ABOUTAIEB, A. EL MOUSSAOUI, R. RABII,
A. JOUAL, F. MEZIANE
Service d'Urologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

INTRODUCTION

La grosse lithiase prostatique est une entité pathologique rare. Elle réalise un obstacle prostatique, d'origine le plus souvent acquise. A travers l'étude d'une observation et une revue de la littérature, nous envisageons les aspects épidémiologiques, physiopathologiques, diagnostiques et thérapeutiques de cette pathologie.

OBSERVATION

Il s'agit de Monsieur M. A. âgé de 43 ans ayant des antécédents d'infections sexuellement transmissibles mal traitées. Le patient rapporte depuis un an des troubles urinaires du bas appareil urinaire à type de dysurie, de pollakiurie nocturne et de brûlures mictionnelles. Le toucher rectal a révélé une prostate dure estimée à 50 grammes. Le dosage de l'antigène spécifique de la prostate (APS) était normal (0,4 ng/ml). L'examen cyto bactériologique des urines a révélé une infection à *Escherichia Coli*. L'échographie vésico prostatique et endorectale ont montré un aspect de calcification homogène de la prostate et l'urographie intraveineuse (UIV) a montré une grosse lithiase prostatique de 3 cm de diamètre isolée (Fig. 1) et un haut dans les limites de la normale. Les clichés mictionnels et post mictionnels ont montré un cystogramme normal (Fig. 2), l'urètre était perméable, et il n'existait pas de résidu post mictionnel (Fig. 3).

La prise en charge thérapeutique a consisté en une antibiothérapie adaptée à l'antibiogramme à base de ciprofloxacine pendant 10 jours suivie d'une taille vésicale

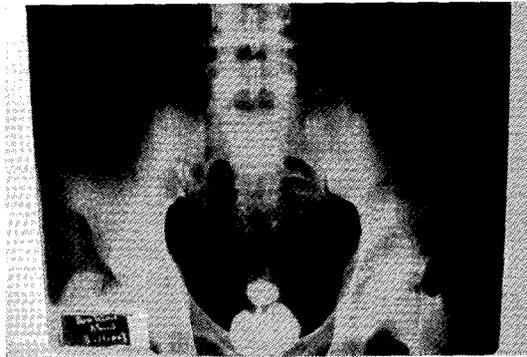


Fig. 1: Arbre urinaire sans préparation montrant une grosse lithiase prostatique



Fig. 2: Cystogramme normal

avec extraction de la grosse lithiase intraprostatique et une incision cervico-prostatique. Le drainage vésical a été assuré par une sonde prostatique de type Duffour pendant



Fig. 3: Absence de résidu post mictionnel

une durée de 7 jours. L'évolution a été marquée par des suites opératoires simples avec disparition de la symptomatologie urinaire et absence de récurrence calculeuse après un recul de 24 mois.

DISCUSSION

Les lithiases prostatiques correspondent aux calculs développés au sein du tissu prostatique lui-même (acini, canaux) et sont à distinguer des calculs enclavés dans l'urètre prostatique, d'origine rénale ou vésicale. Elles sont rares chez l'enfant et l'homme de moins de 40 ans, mais c'est une pathologie communément connue après 50 ans¹⁻³.

La grosse lithiase prostatique se définit arbitrairement comme une formation calculeuse occupant un espace supérieur à 3 cm² sur une radiographie standard du bassin. Ce type de calcification est rare à tous les âges². Elle peut être classée en calculs endogènes ou primitifs, formés à partir d'éléments des sécrétions prostatiques à savoir les corps amylicés qui sont imprégnés par des sels organiques calcaires ou à partir de la précipitation directe d'éléments anorganiques présents dans les sécrétions

prostatiques²⁻⁵, et en calculs exogènes ou secondaires formés à partir des constituants des urines.

Les mécanismes à l'origine de la calcification des corps amylicés ou de la précipitation directe de composés de sécrétions prostatiques ne sont pas parfaitement connus. La stase des sécrétions prostatiques, qui résulte de l'obstruction, de l'inflammation et de l'infection des canaux prostatiques favorise la formation des calculs^{3,6}. L'inflammation des tissus prostatiques pourrait à elle seule augmenter la concentration de calcium et de phosphate et le PH des sécrétions prostatiques avec comme conséquence une rupture de l'équilibre calcium/citrate favorisant ainsi la précipitation³.

Ainsi l'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) et les prostatites constituent les principaux facteurs favorisant les lithiases prostatiques^{2,6}. Quant aux calculs exogènes, ils sont secondaires essentiellement aux obstacles du bas appareil urinaire à l'origine d'un reflux uréthro-prostatique et d'une dilatation canalaire favorisant ainsi la stase urinaire de sels minéraux et la formation de ce type de calculs¹. En outre, une hypercalciurie est souvent présente chez des patients porteurs de gros calculs prostatiques^{2,3}.

Dans notre observation les deux mécanismes endogène et exogène semblent expliquer la formation de ce type de calcul.

Sur le plan clinique, il n'existe pas de signes pathognomoniques et les calculs prostatiques sont le plus souvent asymptomatiques et découverts fortuitement lors d'une échographie prostatique ou d'un bilan radiologique du bas appareil¹. Lorsqu'une symptomatologie est présente, elle est souvent en rapport avec une pathologie associée: troubles mictionnels liés à une HBP, un carcinome prostatique, une prostatite aiguë ou chronique voir un rétrécissement urétral^{1,2}. Cependant, les gros calculs prostatiques isolés peuvent entraîner rarement une symptomatologie douloureuse à type de dou-

leurs hypogastriques, périnéales, péniennes majorées par la miction, la défécation ou même l'érection. Ils peuvent également être révélés par une hématurie, une urétrorragie ou une hémospemie parfois s'ils sont associés à des lithiases des vésicules séminales⁷, ils peuvent également être observés à la suite d'une radiothérapie externe pour cancer de prostate et après prostatectomie radicale². En 1998, Taylor² a rapporté les deux premiers cas de lithiases prostatiques récidivantes en rapport avec une hypercalciurie secondaire à une hyperparathyroïdie.

A l'examen clinique, le toucher rectal permet rarement de mettre en évidence un nodule dur faisant suspecter un cancer prostatique et indiquant des biopsies prostatiques échoguidées¹. Dans notre observation, ce sont les troubles urinaires qui ont révélé le calcul et le toucher rectal a retrouvé une prostate dure.

Les examens radiologiques permettent d'orienter le diagnostic dans la majorité des cas en précisant le siège du calcul et sa localisation au niveau de la prostate^{8,9}. L'arbre urinaire sans préparation (AUSP) va montrer une opacité de tonalité calcique à projection prostatique, cependant la sensibilité diagnostique de cet examen est bien inférieure à celle de l'échographie. L'échographie sus pubienne ou au mieux transrectale permet de détecter la majorité des calculs prostatiques à partir de 1 mm de diamètre sous forme de formations hyperéchogènes avec un cône d'ombre postérieur. L'urographie intraveineuse et l'uretrocystographie rétrograde et mictionnelle peuvent être demandées à la recherche d'une pathologie associée ou une autre localisation lithiasique¹. La tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) avec antenne à surface endorectale n'apportent pas d'informations supplémentaires par rapport aux autres examens radiologiques¹.

Dans notre cas, l'UIV et l'échographie transrectale ont été réalisées et ont confirmé le diagnostic d'une grosse lithiase prostatique isolée sans autres localisations associées.

Le bilan métabolique trouve son indication pour les calculs prostatiques récidivants chez des patients ayant des antécédents de grosse lithiase prostatique^{1,2}. L'examen cyto bactériologique des urines permet de rechercher une infection urinaire fréquemment associée qui doit être traitée obligatoirement avant un éventuel geste chirurgical.

Le diagnostic différentiel est fait essentiellement avec le cancer de prostate¹, les autres diagnostics tels que les prostatites chroniques, et la tuberculose génitale sont considérés plutôt comme des pathologies associées¹.

Le traitement des calculs prostatiques asymptomatiques nécessite une simple surveillance avec traitement d'une éventuelle infection urinaire associée ou une prostatite chronique¹.

Lorsqu'il existe une symptomatologie clinique ou un retentissement urinaire, le traitement est chirurgical. Une résection endoscopique peut être entreprise s'il s'agit de petits calculs. En cas de calcul volumineux, il est possible d'associer à la résection un flush du calcul dans la vessie suivi d'une lithotripsie in situ. Pour les calculs très volumineux comme le cas de notre patient, un abord en chirurgie ouverte par voie sus pubienne est également une alternative¹.

En conclusion, la grosse lithiase prostatique est une affection rare. Elle est révélée par des troubles urinaires du bas appareil. Le diagnostic est porté par l'échographie et la radiographie standard. Le traitement est chirurgical plus souvent et permet une bonne évolution.

BIBLIOGRAPHIE

1. Valéri A, Joulin V, Fournier G. Lithiases prostatiques. *Encycl. Méd. Chir. Paris: Elsevier, Néphrologie-Urologie*, 18-530-A-10, 1999, 4 p.
2. Taylor JS. Gross calcification within the prostate gland. *Br.J.Urol.* 1998 Apr;81(4):645-646.

GROSSE LITHIASÉ INTRA PROSTATIQUE

3. Klimas R, Bennett B, Gardner WA, Jr. Prostatic calculi: a review. *Prostate* 1985;7(1):91-96.
4. Torres Ramirez C, Aguilar Ruiz J, Zuluaga Gomez A, Espuela Orgaz R, Del Rio Samper S. A crystallographic study of prostatic calculi. *J.Urol.* 1980 Dec;124(6):840-843.
5. Vilches J, Lopez A, De Palacio L, Munoz C, Gomez J. SEM and X-ray microanalysis of human prostatic calculi. *J.Urol.* 1982 Feb;127(2):371-373.
6. Meares EM. Prostatitis and related disorders. In: *Campbell's Urology*, Edited by: Walsh PC, Retik AB, Stamey TA, Vaughan ED Jr., Philadelphia: WB Saunders, 1998, pp. 615-630.
7. Menon M, Parulkar BG, Drach GW. Urinary lithiasis: etiology, diagnosis, and medical management. In: *Campbell's Urology*, Edited by: Walsh PC, Retik AB, Stamey TA, Vaughan ED Jr., Philadelphia: WB Saunders, 1998, pp. 2661-2633.
8. Bock E, Calugi V, Stolfi V, Rossi P, D'Ascenzo R, Solivetti FM. Le calcificazioni della prostata: studio con ecografia transrettale. [Calcifications of the prostate: a transrectal echographic study]. *Radiol. Med.(Torino)* 1989 May;77(5):501-503.
9. Stoll HG. Verkalkung und Steinbildung der Prostata in urethrographischer Sicht. [Calcification and Calculosis of the Prostate in Urethrographic Demonstration.]. *Urol.Int.* 1965;19:337-354 .

Tiré-à-part

Dr. Mezzour Mohamed Hicham
11 rue Danton
92120 Montrouge
France
E-mail: hmezzour@yahoo.fr