



African Journal of Urology

Official journal of the Pan African Urological Surgeons' Association
web page of the journal

www.ees.elsevier.com/afju
www.sciencedirect.com



Infection and inflammation

Cas clinique

Abcès prostatique à staphylococcus Aureus: A propos d'un cas clinique

A. Saouli^{1,*}, O. Yddoussalah¹, A. Janane², T. Karmouni¹, M. Alami²,
A. Ameer², K. El Khader¹, A. Koutani¹, A. Iben Attya Andaloussi¹

¹ Service d'urologie B, CHU Ibn Sina, Faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohamed V, Rabat, Morocco

² Service d'urologie, hôpital militaire d'instruction Mohammed V

Reçu le 3 juillet 2017; accepté le 28 janvier 2018; Disponible sur Internet le 2 mars 2018

MOTS CLÉS

Abcès;
Prostate;
Staphylococcus;
Diabète;
Drainage

KEYWORDS

Abscess;
Prostate;
Staphylococcus;
Diabetes;
Drainage

Résumé

L'abcès prostatique est causé généralement par les entérobactéries rarement par le staphylococcus aureus. Sa mortalité et morbidité ont baissé depuis l'introduction des antibiotiques à large spectre. Souvent les signes sont non spécifiques. Le diagnostic est rendu aisé grâce à l'échographie endorectale. Le drainage percutané (périnéal ou transrectal) sous contrôle scanographique ou plus fréquemment sous échographie endorectale, permet une évacuation rapide des abcès, tout en évitant une anesthésie générale. Il s'agit d'une technique efficace et moins invasive que le drainage chirurgical ou la résection transurétrale de la prostate. Nous insisterons à travers cette observation que ce site potentiel d'infection doit être reconnu.

© 2018 Pan African Urological Surgeons' Association. Production and hosting by Elsevier B.V. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Prostatic abscess due to staphylococcus Aureus: a case report

Abstract

Prostatic abscess is usually caused by enterobacteria rarely by staphylococcus aureus. Its mortality and morbidity have declined since the introduction of broad-spectrum antibiotics. Often the signs are nonspecific. Diagnosis is made easy by endorectal ultrasound. Percutaneous drainage (perineal or transrectal) under CT or more frequently under endorectal ultrasound, allows rapid evacuation of abscesses, while avoiding general anesthesia. This is an effective and less invasive technique than surgical drainage or transurethral resection of the prostate. We will insist through this observation that this potential site of infection must be recognized.

© 2018 Pan African Urological Surgeons' Association. Production and hosting by Elsevier B.V. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Corresponding author. Service d'urologie B, CHU Ibn Sina, Faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohamed V, Rabat, Morocco.

Adresse e-mail : amine.saouli@gmail.com (A. Saouli).

Peer review under responsibility of Pan African Urological Surgeons' Association.

<https://doi.org/10.1016/j.afju.2018.01.007>

1110-5704/© 2018 Pan African Urological Surgeons' Association. Production and hosting by Elsevier B.V. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introduction

L'abcès prostatique est causé généralement par les entérobactéries rarement par le staphylococcus aureus. Sa mortalité et morbidité ont baissé depuis l'introduction des antibiotiques à large spectre. Souvent les signes sont non spécifiques. Le diagnostic est rendu aisé grâce à l'échographie endorectale. Le drainage percutané (périnéal ou transrectal) sous contrôle scanographique ou plus fréquemment sous échographie endorectale, permet une évacuation rapide des abcès, tout en évitant une anesthésie générale. Il s'agit d'une technique efficace et moins invasive que le drainage chirurgical ou la résection transurétrale de la prostate. Nous insisterons à travers cette observation que ce site potentiel d'infection doit être reconnu.

Observation

Mr. S.M, âgé de 54 ans, tabagique chronique diabétique sous anti-diabétique oral depuis 10 ans.

Le patient a été admis pour douleur pelvienne avec une fièvre à 39°. Le toucher rectal a révélé une masse rétro-vésicale, rénitente et douloureuse.

La biologie a montré une hyperleucocytose neutrophile à 15 000/ml, et une CRP à 294 mg/l. L'échographie sus pubienne a révélé une prostate augmentée de taille (6 x 5 cm), d'aspect hétérogène avec une vessie normale (Fig. 1).

Le patient a été traité par une antibiothérapie empirique à base de céphalosporines de troisième génération 2g/j, métronidazole 1,5 g/j et un aminoside 160mg/j avec mise en place d'une sonde vésicale pour le drainage des urines. Vingt-quatre heures après, une ponction aspiration échoguidée transrectale a été réalisée, après lavement rectal, en position latérale en utilisant une aiguille de Chiba 20 cm de long 18 gauge. L'étude bactériologique du pus a montré un Staphylococcus Aureus sensible aux fluoroquinolones de deuxième

génération mais la sensibilité à la méthicilline n'a pas été analysée sur l'antibiogramme. L'évolution a été marquée par une apyrexie deux jours après le drainage avec ablation de la sonde vésicale à J4. Les paramètres biologiques de l'inflammation se sont normalisés au 7ème jour de l'antibiothérapie. Celle-ci a été prolongée pendant trois semaines.

Fig. 2

Discussion

L'abcès prostatique est une pathologie rare représentant environ 0,5% de toutes les affections prostatiques [1]. Il peut toucher les hommes à n'importe quel âge [2] mais le plus souvent dans la 5ème et 6ème décade de la vie.

L'abcès prostatique est causé généralement par des bacilles Gram négatif, principalement Escherichia coli, (60-80% des cas), bien que Neisseria gonorrhoeae était l'agent pathogène le plus fréquent dans le passé (75% des cas dans l'ère préantibiotique). [3,4]

Le staphylococcus aureus est une cause rare de l'abcès prostatique, mais il a été rapporté plus fréquemment au cours des dernières années. Nous avons cherché dans la littérature du 1991 en septembre 2016, Nous avons trouvé 34 cas documentés de S. aureus, dont 21 ont été jugées SARM, 3 S. aureus sensible à la méthicilline (MSSA) et 10, dans lequel la susceptibilité ne sont pas disponible y compris notre patient. [5]

Les facteurs de risque de développement d'abcès de la prostate sont le diabète sucré, les pathologies obstructives du bas appareil urinaire, la biopsie prostatique, le sondage vésical, l'insuffisance rénale chronique, l'hémodialyse ainsi que l'infection à HIV [2].

Les signes cliniques ne sont pas spécifiques et peuvent être rencontrés au cours de nombreuses autres pathologies urologiques. La pollakiurie, la dysurie, et la fièvre sont les signes les plus

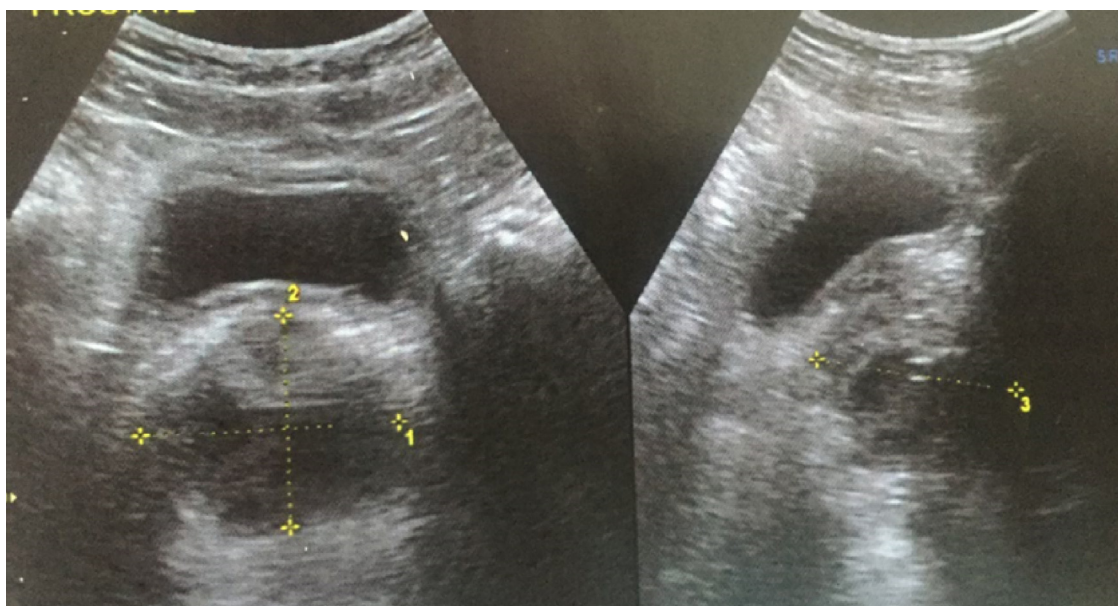


Fig. 1 Image échographique montrant une collection prostatique

La TDM pelvienne a mis en évidence une masse prostatique, multicloisonnée avec des zones liquidiennes (Fig. 2).

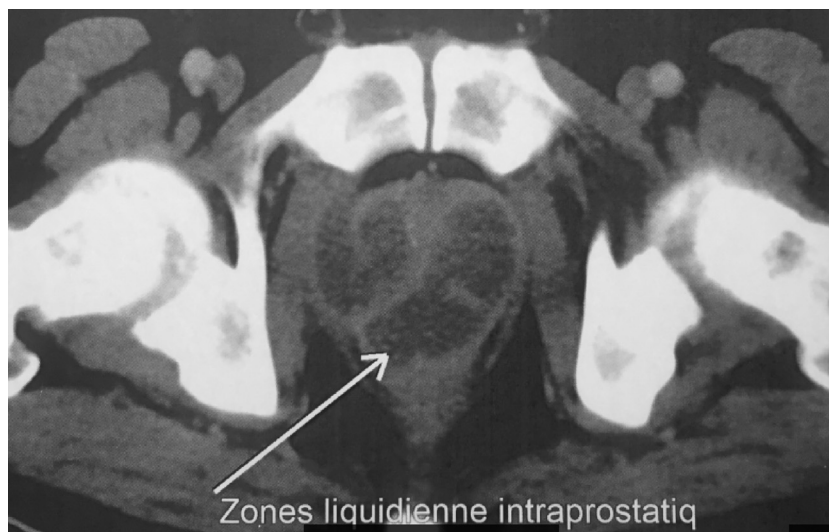


Fig. 2 Coupe scannographique montrant un abcès prostatique.

fréquents. Une rétention aiguë d'urine est possible. Le toucher rectal n'est pas spécifique non plus. Il peut évoquer le diagnostic devant une masse fluctuante mais celle-ci n'est retrouvée que dans 16 à 20% des cas [6]. La prostate est sensible dans 35% des cas [7].

Le caractère non spécifique de la symptomatologie insiste sur le rôle de l'imagerie. Quatre examens sont possibles: l'échographie endorectale (EER), la TDM, l'IRM et plus rarement la scintigraphie.

L'échographie transrectale occupe une place de choix, elle montre une zone hypoéchogène au début, qui devient franchement transsonique au stade de collection avec parfois un renforcement postérieur [7]. Elle permet en plus de guider la ponction et de suivre l'évolution après traitement.

Le Doppler couleur-Energie retrouve une collection hypovasculaire entourée d'un flux parenchymateux augmenté [9].

La tomodensitométrie apporte des renseignements superposables à l'échographie, en montrant une zone de densité atténuée au sein de la glande prostatique.

Le diagnostic différentiel peut se poser avec un kyste prostatique, une dilatation de l'urètre prostatique en amont d'un rétrécissement urétral et une loge d'adénomectomie.

Le traitement de l'abcès prostatique repose sur l'antibiothérapie et le drainage. Le drainage de l'abcès peut se faire par voie transurétrale, transrectale ou transpérinéale (chirurgicale ou percutanée). Dans le cas d'un abcès prostatique spontanément rompu dans les fosses ischio-rectales, le drainage chirurgical « ouvert » par voie périnéale doit être suggéré [8]. En 1985, la voie transrectale est indiquée uniquement en cas d'abcès rompus dans l'espace péri rectal selon Weinberger dont le drainage correct par voie périnéale est, selon lui, plus aléatoire [10]. Actuellement, la rectotomie n'est plus indiqué en pratique courante.

La résection endoscopique transurétrale offre l'avantage d'effondrer les logettes sous contrôle de la vue mais expose au risque de décharge bactériémique, voir de sepsis sévère [7].

Conflit d'intérêt

Aucun

Source de financement

Aucune

Références

- [1] Granados EA, Riley G, Salvador J, Vincente J. Prostatic abscess: diagnosis and treatment. *J Urol* 1992;148:80–2.
- [2] Bhagat SK, Kekre NS, Gopalakrishnan G, Balaji V, Mathews MS. Changing profile of prostatic abscess. *Int Braz J Urol* 2008;34:164–70.
- [3] Jang K, Lee DH, Lee SH, Chung B. H. Treatment of prostatic abscess: case collection and comparison of treatment methods. *Korean Journal of Urology* 2012;53(12):860–4, <http://dx.doi.org/10.4111/kju.2012.53.12.860> [PMC free article] [PubMed] [Cross Ref].
- [4] Naboush A, Yassine AA, Yasmin M, Mobarakai N. Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* prostatic abscess presenting as acute urinary retention: a case report and review of the literature. *Case Reports in Infectious Diseases* 2013;2013, <http://dx.doi.org/10.1155/2013/761793.761793> [PMC free article] [PubMed] [Cross Ref].
- [5] Tanima Jana, Jorge D, Machicado, Davogusto Giovanni E, Pan Jen-Jung. Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* Prostatic Abscess in a Liver Transplant Recipient. *Case Rep Transplant* 2014;2014:854824.
- [6] 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.
- [7] Barozzi L, Pavlica P, Menchi I, De Matteis M, Canepari M. Prostatic abscess: diagnosis and treatment. *AJR Am J Roentgenol* 1998;170:753–7.
- [8] Tai HC. Emphysematous prostatic abscess: a case report and review of literature. *J Infect* 2007;54:e51–4.
- [9] Somuncu I, Saglam M, Yagci S, Tahmaz L, Tasar M, Ors F. Multiloculated prostate abscess: treatment with transrectal ultrasound guided transrectal needle aspiration and lavage with the saline and antibiotic. *Clin Imaging* 2003;27:251–5.
- [10] Weinberger M, Pitlik SD, Rabinovitz M, Morduchowicz G, et al. Per-rectal ultrasonography for diagnosis of and guide to drainage of prostatic abscess. *Lancet* 1985;2(8458):772.