

HEMATOME INTRA-PROSTATIQUE REVELANT UN ADENOCARCINOME PROSTATIQUE. A PROPOS D'UN CAS

A. MEZIANE, H. EL KENTAQUI, Y. EL FROUGUI, R. ABOUTAIEB ET F. MEZIANE
Service d'Urologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

INTRODUCTION

Les auteurs rapportent un cas d'hémorragie intra-prostatique secondaire à un adénocarcinome prostatique. La similarité clinique et radiologique de ce cas avec un abcès prostatique a erroné le diagnostic et a retardé le traitement. Pour éviter les erreurs diagnostiques, il est important de se rappeler ce cas atypique, et la nécessité de faire le dosage du PSA et des biopsies prostatiques.

OBSERVATION

I.T., âgé de 67 ans, sans antécédents particuliers, souffrait depuis six mois de troubles mictionnels chroniques (dysurie et pollakiurie nocturnes) avec plusieurs épisodes d'hématurie, compliqués d'une rétention aiguë d'urines ayant bénéficié d'un sondage vésical 15 jours avant son admission, le tout évoluant dans un contexte d'altération de l'état général et d'apyrexie. Au toucher rectal, la prostate était augmentée de volume, irrégulière, plus développée aux dépens du lobe gauche avec fluctuation à ce niveau. La biologie montrait une anémie à 10 g/100 ml d'hémoglobine, des globules blancs à 6300/ml et une fonction rénale normale. L'échographie sus-pubienne, et endo-rectale révélèrent une prostate augmentée de taille (8,6 x 9,7 x 10,8 cm = 450 cc), hyperéchogène, avec une image centrale hypoéchogène de 6 cm, évoquant un abcès prostatique, avec des vésicules séminales augmentées de volume, sans retentissement sur le haut appareil (Fig. 1). La TDM pelvienne montrait une masse prostatique, rétro-vésicale, avec hypodensité centrale latéralisée au lobe gauche évoquant a priori un abcès de prostate (Fig. 2). L'urétéro-cystoscopie avait objectivé une hypertrophie prostatique aux dépens des deux lobes prostatiques avec une vessie d'aspect normal. Devant ce tableau clinique et radiologique, une ponction prostatique transrectale à l'aiguille de Chiba 18 gauges, était réalisée, retirant du sang noirâtre, coagulé



Fig. 1: Echographie endo-rectale montrant une prostate très augmentée de taille (8,6 x 9,7 x 10,8 cm = 450 cc) hyperéchogène, avec image centrale hypoéchogène de 6 cm.



Fig. 2: Tomodensitométrie pelvienne montrant une masse prostatique rétro-vésicale avec hypodensité centrale latéralisée au lobe gauche.

sans issue de pus, mettant en doute le diagnostic d'abcès de prostate initialement soulevé. L'examen bactériologique de l'hématome ponctionné était stérile. Le dosage de PSA (prostatique antigène spécifique) était de 1052 ng/ml et la biopsie prostatique a révélé un adénocarcinome prostatique moyennement différencié (Gleason (4+3)). La radiographie du bassin révélait une image ostéocondensante

de l'ischion droit. Le patient a bénéficié d'une pulpectomie chirurgicale, avec une bonne évolution clinique (reprise de la miction) et radiologique à deux mois (diminution du volume de la prostate jusqu'à 125 cc) et un PSA de contrôle à 3 mois à 324 ng/ml. Une résection transurétrale pour améliorer la vidange vésicale était prévue, mais le patient était perdu de vue.

DISCUSSION

L'intérêt de cette observation est de mettre le point sur une révélation atypique d'un adénocarcinome prostatique, par un important hématome intra-prostatique, posant un problème de diagnostic différentiel clinique et radiologique avec un abcès de la prostate. Le diagnostic correct, chez notre patient, n'a été redressé qu'après la ponction évacuatrice de la collection; alors que le patient était apyrétique et la numération des globules blancs était normale, malgré la fluctuation de la prostate au toucher rectal. L'absence de manifestations systémiques de l'infection chez un patient, chez qui on suspecte un abcès de prostate, est atypique, et doit faire douter de l'exactitude du diagnostic¹⁻⁴. L'évacuation d'une grande quan-

tité de sang noirâtre lors d'une tentative de ponction-drainage d'un abcès prostatique doit faire suspecter un cancer de la prostate et conduire à la réalisation d'un dosage de PSA, de biopsies prostatiques multiples ainsi qu'une étude anatomopathologique de l'ensemble du matériel retiré de la cavité prostatique incluant les caillots de sang et le tissu nécrotique^{2,5}.

BIBLIOGRAPHIE

1. Becker LE, Harrin WR. Prostatic abscess: A diagnostic and therapeutic approach. *J Urol* 1964, 91:582.
2. Morganstern S, Seery W, Khashu B, Cole AT. Large prostatic hematomas associated with carcinoma of the prostate. *J Urol* 1977, 117:622.
3. Pai MG, Bhat HS. Prostatic abscess. *J Urol* 1972, 108:599.
4. Persky L, Austen G Jr, Schaffner WE. Recent experiences with prostatic abscess. *Surg Gynecol Obstet* 1955, 101:629.
5. Perales Casanas DL, Tallada BM, Romero MJ, Mateos TJ, Mayayo DT, Maganto Pavon E, Escudero BA. Carcinoma de próstata con hematoma intraprostatico, simulando un adenoma. *Arch Esp Urol* 1979, 32:53.

Tirés à part:

Dr. A. Meziane
Service d'Urologie
CHU Ibn Rochd
Casablanca
Maroc

E-mail: mezianeanas@wanadoo.ma