

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi

\*\*\*\*\*

UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB).



FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

N° : .....

**THESE**

**Prostatite chronique : Aspects cliniques, para cliniques  
et thérapeutiques chez les sujets jeunes au service  
d'urologie du CHU Gabriel Touré.**

Présentée et soutenue publiquement le 11/11/ 2021

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

**PAR M. BARRY Amadou**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat).

**JURY**

**Président :** Pr Zanafon OUATTARA

**Membres :** Dr Moumine Zié DIARRA

**Codirecteur :** Dr Mamadou Tidiani COULIBALY

**Directeur :** Pr Mamadou Lamine DIAKITE

# **DEDICACES**

# **&**

# **REMERCIEMENTS**

**Je remercie :**

**Allah** : le tout puissant, le miséricordieux, créateur des terres et des cieux.  
Merci de m'avoir accordé la santé et la force pour la réalisation de ce travail.

**Au prophète Mohamed** : paix et salut sur lui

**A mon père Nouhoum Barry** :

J'aurai toujours à l'esprit que je te dois tout. Tu as toujours voulu nous offrir le meilleur. Tu t'es beaucoup inquiété pour moi et tu m'as encouragé dans mes moments difficiles. Accepte ce modeste travail comme fruit de tes efforts. Je crois pouvoir affirmer que ton souhait le plus cher se réalise en ce jour, celui de me voir docteur en médecine.

Qu'ALLAH le tout puissant t'accorde sa miséricorde et son paradis !

Amen !

**A ma mère Hawa Dicko** :

Femme dynamique, croyante, optimiste. Tu as dirigé mes premiers pas. Aucun mot ne pourra exprimer ma profonde gratitude à ton égard. Tes prières nocturnes, ton soutien moral, affectif et matériel ne m'ont jamais manqué.

Qu'Allah le tout puissant te protège et te garde le plus longtemps possible auprès de nous dans une excellente santé ! Amen !

Merci beaucoup maman !

## **Remerciements :**

A ma patrie le Mali pour m'avoir offert gratuitement les études et plus pour la bourse.

Au corps professoral de la FMOS (faculté de médecine et d'odontostomatologie) de Bamako pour la qualité de l'enseignement dispensé.

### **A mes frère et sœurs :**

Merci pour votre soutien sans faille. Votre sens de responsabilité et d'amour les uns envers les autres me rassurent. Retrouvez ici l'expression de mon affection et de mon respect. Que le tout puissant ALLAH nous garde unis ! Amen !

### **A tous mes oncles, tantes, cousins et cousines de la famille Barry :**

Retrouvez ici l'expression de ma profonde gratitude. Que Dieu vous récompense tous ! Amen !

### **A mes ami(e)s :**

Merci pour votre soutien. Qu'Allah le tout puissant raffermisse notre amitié ! Amen !

### **A mes camarades de la faculté :**

Merci pour les moments passés ensemble dans le respect mutuel.

### **Au professeur Zanafon Ouattara :**

Merci pour l'estime que vous m'avez accordée en m'acceptant dans votre service. Qu'Allah vous protège et vous confie une longue vie dans une santé de fer ! Amen ! Ce travail est le vôtre.

**A tous les personnels du service d'Urologie de l'hôpital Gabriel Touré :**

Sincères remerciements.

**A tous les thésards du service d'Urologie de l'hôpital Gabriel Touré :**

Merci pour votre collaboration franche.

**Au personnel du service de laboratoire :**

Recevez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

**Aux membres du Cermas :**

Merci pour tout ce que vous avez fait et tout ce que vous continuez à faire pour les étudiants et étudiantes ressortissant de Markala.

**A mes aînés du service d'Urologie de l'hôpital Gabriel Touré :**

Dr Salla Kokaina, Dr Issa Coulibaly, Dr Adama Coulibaly, Dr Issouf Ouattara, Dr Moussa I Dembélé, Dr Hamed Sylla, Dr Lasseni Koné, Dr Seydou Bengaly, Dr Hamidou Ouattara, Dr Solomane Bengaly, Dr Mamadou Traoré, Dr Salm Sissoko, Dr Oumar Traoré

Merci pour l'accueil chaleureux dans le service.

# **HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY**

## **A notre maître et président du jury**

### **Professeur Zanafon Ouattara**

- Chirurgien urologue, Andrologue
- Maître de conférences à la F.M.O.S
- Vice-président de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)
- Membre de l'A.M. U
- Ancien chef de service d'urologie au CHU Gabriel Touré
- Ex Président de la CME au C.H.U Gabriel Touré
- Ancien coordinateur du DES d'urologie du Mali
- Enseignant-chercheur

### **Cher Maître,**

L'assiduité, la rigueur scientifique, votre respect des vertus sociales font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, d'humilité et du travail bien fait.

Vous nous faites un grand honneur en nous confiant ce travail

Cher maître aucun mot ne pourra exprimer tous nos sentiments à votre égard. MERCI!!

**A notre maître et juge :**

**Docteur Moumine Zié Diarra**

- Chirurgien Urologue
- Praticien hospitalier au service d'urologie au CHU Gabriel Touré
- Membre honoraire du Réseau des Etudiants en Médecine de l'Afrique de l'Ouest
- Membre de l'A.M. U

**Cher Maître,**

Nous sommes très touché par votre dynamisme, votre courage et votre modestie.

Vos critiques, vos suggestions et vos encouragements ont été d'un apport capital pour l'amélioration de ce travail.

Permettez-nous, cher maître de vous exprimer notre respect et toute notre reconnaissance.

**A notre maître et Co-directeur de thèse :**

**Docteur Mamadou Tidiani Coulibaly**

- Chirurgien Urologue
- Praticien hospitalier au service d'urologie au C.H.U. Gabriel Touré
- Maître- assistant à la FMOS
- Chef de service d'urologie au C.H.U Gabriel Touré
- Membre de l'Association Malienne d'Urologie

**Cher Maître**

Nous sommes émerveillé par votre compétence, votre dynamisme, votre amour pour le travail bien fait. Nous sommes fier d'avoir appris à vos cotés

Soyez rassuré cher maitre de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance.

**A notre maître et directeur de thèse :**

**Professeur Mamadou Lamine Diakité**

- Chirurgie urologue, Andrologue
- Praticien hospitalier au service d'urologie au C.H.U Point G
- Professeur titulaire
- Chef de service au C.H.U du point G
- Président de l'Association Malienne d'Urologie.

**Cher Maître**

C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail qui est également le vôtre car vous l'avez conçu et suivi de bout en bout.

Au cours de ce travail, nous avons découvert un homme ouvert, toujours souriant, accueillant et disponible. Vos qualités d'homme de science et de recherche, votre modestie, font de vous un exemple à suivre.

Cher maître, aucun mot ne pourra exprimer tous nos sentiments à votre égard. Merci !

## **ABREVIATIONS**

**ATB:** Antibiogramme

**BA :** Bactériurie Asymptomatique

**BK :** Bacille de Koch

**BU :** Bandelette Urinaire

**CHU :** Centre Hospitalier et Universitaire

**ECBU :** Examen Cytologique et Bactériologique des Urines

**E. coli:** Escherichia coli

**FMOS :** Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

**HBP :** Hypertrophie Bénigne de la Prostate

**IU:** Infection Urinaire

**NIH:** National Institut of Health

**OMS :** Organisation Mondiale de la Santé

**PH :** Potentiel d'Hydrogène

**PSA :** Antigène Spécifique de la Prostate

**% :** Pourcentage

**SPCD :** Symptôme pelvien douloureux chronique

**TMP :** Triméthoprime

**TMP-SMX:**Triméthoprime-Sulfaméthoxazol.

## **Liste des figures**

Figure 1 : Coupe sagittale de la prostate

Figure 2 : Les organes génitaux masculins

Figure 3 : Anatomie zonale de la prostate

Figure 4 : Vascularisation du petit bassin

Figure 5 : Drainage lymphatique des organes génitaux

Figure 6 : Innervation des organes génitaux

Figure 7 : Système hypothalamo-hypophysaire, testicule et cortico-surrénale (d'après Perlemuter) [41]

Figure 8 : Axe hypothalamo-hypophysaire

Figure 9: Métabolisme de la testostérone dans la prostate (d'après Perlemuter)

Figure 10: le toucher rectal combiné au palper hypogastrique

Figure 9 : Epreuve des trois verres d'urines

Figure 10 : Répartition des patients selon la classe d'âge

Figure 11 : Répartition des patients selon la nationalité

Figure 12 : Répartition des patients selon le niveau intellectuel

Figure 13 : Répartition des patients selon le mode de recrutement

Figure 14 : Répartition des patients selon l'ancienneté des troubles

Figure 15 : Répartition des patients selon le traitement antérieur

Figure 16 : Répartition des patients selon le résultat du test du Meares Stamey

Figure 17 : Répartition des patients en fonction des associations ATB, anti-inflammatoire, antalgique

Figure 18 : Répartition des patients selon la durée du traitement.

## **Liste des tableaux**

Tableau 1: Composition du liquide prostatique (d'après Perlemuter)

Tableau 2 : Modifications physico-chimiques de la sécrétion prostatique  
lors des prostatites bactériennes chroniques selon ANDERSON et FAIR

Tableau 3 : Classification du NIH et définitions des prostatites

Tableau 4: Répartition des patients selon le lieu de résidence des patients

Tableau 5 : Répartition des patients selon la profession des patients

Tableau 6 : Répartition des patients selon le statut matrimonial des  
patients.

Tableau 7 : Répartition des patients selon le nombre de consultation

Tableau 8 : Répartition des patients selon le motif de consultation

Tableau 9 : Répartition des patients selon leurs antécédents  
médicaux/urologiques

Tableau 10 : Répartition des patients selon les troubles urinaires

Tableau 11 : Répartition des patients selon les troubles sexuels.

Tableau 12 : Répartition des patients selon l'âge et les troubles sexuels.

Tableau 13 : Répartition des patients selon l'âge et les troubles de  
l'éjaculation.

Tableau 14 : Répartition des patients selon l'âge et les troubles de l'érection.

Tableau 15 : Répartition des patients selon l'âge et les troubles de fertilité.

Tableau 16 : Répartition des patients selon la palpation

Tableau 17 : Répartition des patients selon le résultat du TR

Tableau 18 : Répartition des patients selon l'ECBU + ATB.

Tableau 19 : Répartition des patients en fonction de l'aspect microscopique  
des urines.

Tableau 20: Répartition des patients selon les germes mis en évidence à l'ECBU+ATB et/ou le test du Meares et Stamey.

Tableau 21 : Répartition des patients selon les germes isolés et leur sensibilité aux ATB utilisés.

Tableau 22 : Liste des différents antibiotiques utilisés au cours de notre étude.

Tableau 23: Répartition des patients selon la guérison et les ATB utilisés.

Tableau 24 : Répartition des patients en fonction de l'association et la guérison.

Tableau 25 : Répartition des patients selon le résultat du traitement.

## **SOMMAIRE**

<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>16</b>
Objectifs.....	19
<b>II. GENERALITES SUR LA PROSTATITE CHRONIQUE.....</b>	<b>21</b>
1. Définition de la prostatite chronique	
2. Rappels embryologique, anatomique et physiologique de la prostate	
3. Vascularisation de la prostate.....	30
4. Rappel physiologique de la prostate.....	34
5. Etiopathogénie de la prostatite chronique.....	36
6. Anatomopathologie de la prostatite.....	34
7. Physiopathologie de la prostatite chronique.....	36
8. Diagnostic.....	40
9. Traitement.....	46
<b>III. METHODOLOGIE.....</b>	<b>51</b>
<b>IV. RESULTATS.....</b>	<b>57</b>
<b>V. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....</b>	<b>80</b>
<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>87</b>
<b>VI. REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE.....</b>	<b>90</b>

## **INTRODUCTION**

La prostatite est une inflammation de la glande prostatique chez l'homme généralement d'origine infectieuse ; elle peut être associée à un adénome prostatique ou autres infections urinaires.

Certes l'adénome et le cancer sont des affections de l'homme âgé, mais l'atteinte infectieuse et/ou inflammatoire de la prostate touche l'homme du berceau au fauteuil roulant [1].

Selon les statistiques le taux de prévalence est relativement plus élevé dans la population masculine adulte (environ 9%) et beaucoup plus élevé chez les sujets développant des troubles génito-urinaires ou en âge avancé (80ans).

En moyenne une personne sur onze développe la maladie au cours de sa vie.

Les prostatites chroniques doivent être connues, non seulement parce qu'il s'agit d'une affection très répandue, les signes d'appels sont variés tantôt ils attirent l'attention vers l'appareil génital [2].

La classification traditionnelle des prostatites chroniques repose sur le test de Meares et Stamey en 1968, qui consiste à faire une analyse microbiologique fractionnée des urines et des sécrétions prostatiques.

Ainsi on distingue :

La prostatite aigue bactérienne : généralement associée à une infection urinaire à début brutal.

La prostatite chronique bactérienne : cause fréquente d'infection urinaire récidivante.

La prostatite non bactérienne SDPC (syndrome douloureux pelvien chronique): sans germes mis en évidence.

La prostatodynie : signes et symptômes de prostatite sans germes ni inflammation.

La prévalence des prostatites varie de 8 à 16% dans la population mondiale [3].

Aux Etats-Unis d'Amérique (USA), sa prévalence est de 5 à 9% ceci représente près de deux millions (2.000.000) d'hommes traités pour prostatites chaque année [4].

En Afrique la pathologie prostatique est mal connue. Cependant, elle occupe une place de plus en plus importante dans les consultations en urologie.

En 2005, dans l'étude Tounkara A. Sur 350 patients 80 patients souffrant la prostatite chronique soit 22,85%.

En 2008 au Mali, dans l'étude de Togola I. la prostatite chronique a représenté 21,7% des affections prostatiques et 3,6% de l'ensemble des consultations, au service d'Urologie du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré (CHU).

Cependant la plupart des études sur la prostatite chronique présente des insuffisances. C'est dans le but de contribuer à combler les insuffisances à la connaissance clinique, paraclinique, et thérapeutique.

Pour cela nous sommes assignés les objectifs suivants :

# OBJECTIFS

## **Objectifs**

### ▪ **Objectif général**

Etudier la prostatite chronique dans le service d'urologie au CHU du Gabriel Touré.

### ▪ **Objectifs spécifiques**

1. Déterminer la prévalence des prostatites chroniques.
2. Décrire le profil clinique, paraclinique et thérapeutique de la prostatite chronique.
3. Identifier les germes rencontrés dans les examens cytbactériologiques des urines (ECBU) et le test de Meares et Stamey.
4. Déterminer la sensibilité des germes isolés aux antibiotiques.
5. Proposer un schéma thérapeutique simple et efficace.

# GENERALITES

## I. **GENERALITES**

### **1-DEFINITION**

La prostatite se définit comme étant une inflammation de la glande prostatique généralement d'origine infectieuse, peut être associée à un adénome de la prostate ou autres infections urinaires.

### **2- RAPPELS EMBRYOLOGIQUES, ANATOMIQUES DE LA PROSTATE**

#### **2.1-Rappels embryologiques**

La prostate est une glande génitale qui entoure la partie initiale de l'urètre chez l'homme [5]. La différenciation du tissu prostatique se fait beaucoup plus tôt qu'il n'était classique de le dire, jusqu'aux 6<sup>ème</sup> semaines (embryon de 6mm), le canal de Wolff s'ouvre à la face latérale du sinus uro-génital : il draine les tubes méso néphrotiques. Il donne le bourgeon urétéral vers le blastème métanéphrogène.

A la 7<sup>ème</sup> semaine (embryon de 20mm) la croissance du sinus uro-génital entraîne l'incorporation progressive de la partie terminale du canal de Wolff dans la paroi du sinus uro-génital : les canaux de Wolff s'ouvrent en dessous de l'abouchement de l'urètre ; le sommet du tubercule Mullerien futur véru montanum.

A la 10<sup>ème</sup>semaine (embryon de 68 mm), naissance des bourgeons glandulaires prostatiques.

Au cours de la période fœtale, vers le 6<sup>ème</sup> mois : développement des cellules glandulaires à la face postérieure de l'urètre, par contre ceux de la face antérieure vont régresser.

## 2.2- Rappels anatomiques

### 2.2.1- Anatomie descriptive :

2.2.2- **Situation** : la prostate est une glande sous péritonéale située dans la partie antérieure de la zone viscérale du pelvis entre [6] :

- En haut : la vessie ;
- En bas : le plancher périnéal ;
- En avant : la symphyse pubienne à 2cm environ ;
- En arrière : le rectum.

### 2.2.3-Aspect macroscopique :

Elle présente un aspect en châtaigne dont la base est en contact avec la vessie et dont l'apex pointe vers le diaphragme uro-génital [7]. Elle a une couleur blanchâtre ; de consistance ferme, la forme d'un cône aplati d'avant en arrière, à grand axe oblique en bas et en avant [6]. La prostate présente chirurgicalement 5 lobes [7] :

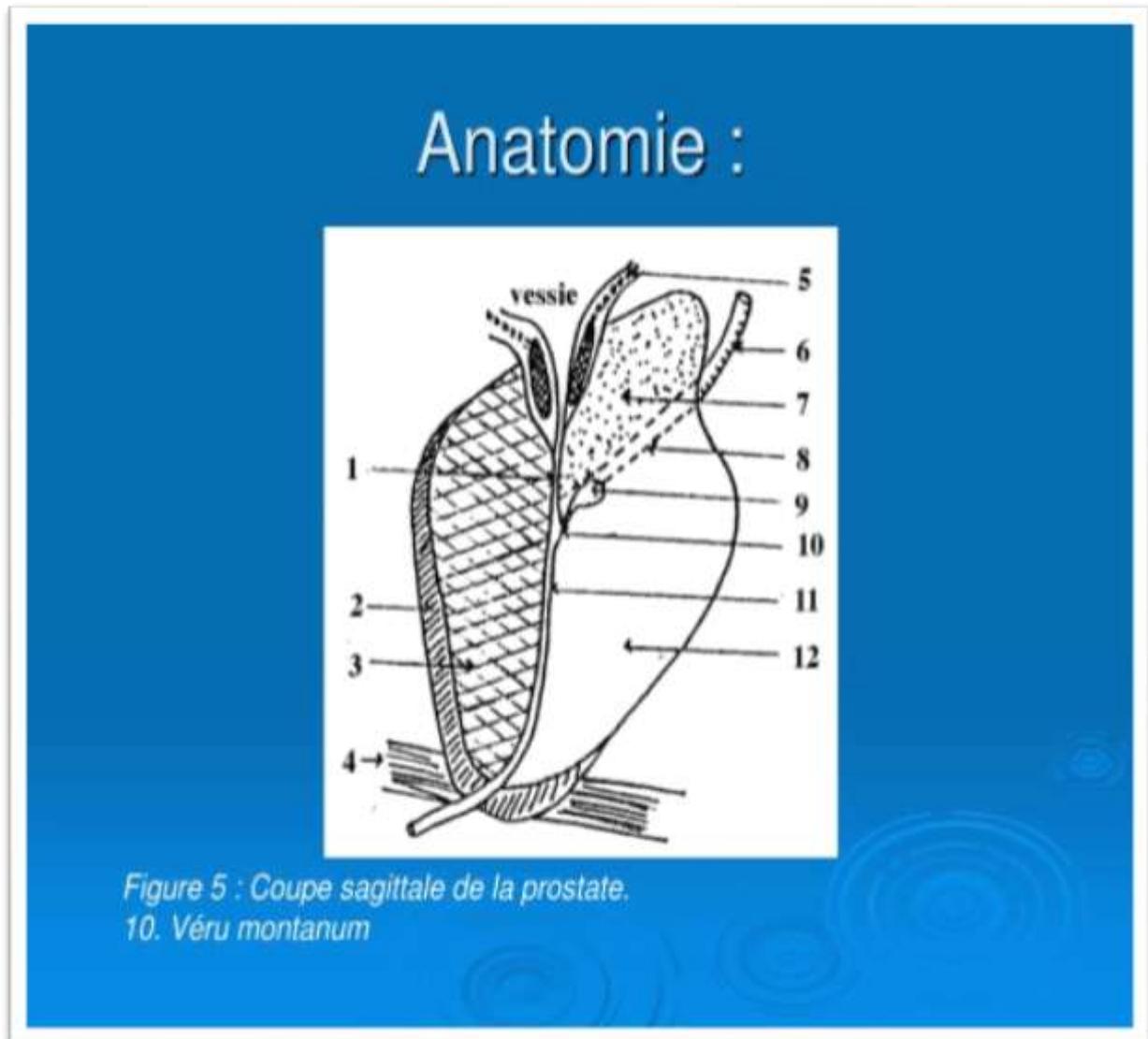
- un lobe antérieur
- un lobe médian
- un lobe postérieur, zone accessible au toucher rectal (TR)
- deux lobes latéraux (droit et gauche)

### 2.2.4-Dimensions moyennes chez l'adulte :

La prostate s'accroît et n'est vraiment développée qu'à la puberté.

Ses dimensions sont les suivantes [5] :

- Hauteur : 2,5 à 3cm
- Largeur à la base : 4cm
- Epaisseur à la base : 4cm
- Poids : 25g



- |                                |                               |
|--------------------------------|-------------------------------|
| 1. Urètre prostatique proximal | 7. Lobe médian                |
| 2. Muscle sphincter strié      | 8. Canal éjaculateur          |
| 3. Lobe antérieur (isthme)     | 9. Utricule prostatique       |
| 4. Diaphragme uro-génital      | 10. Vêru montanum             |
| 5. Sphincter lisse             | 11. Urètre prostatique distal |
| 6. Canal déférent              | 12. Lobe latéral.             |

Figure 1 : Coupe sagittale de la prostate.

### 2.2.5- Rapports

La prostate est enveloppée par une lame cellulaire qui entoure la capsule propre.

Elle est aussi entourée :

- en avant par le ligament pubo-prostatique
- en bas par le ligament prostatique
- en arrière le fascia recto-vésical de Dénonvilliers

Grace à l'aponévrose de Dénonvilliers la prostate répond à la face antérieure du rectum pelvien, oblique en bas et en avant présentant un cap sous et retro-prostatique [7].

L'aponévrose de Dénonvilliers présente deux feuillets entre lesquels existe un espace appelé rétro-prostatique de Proust (bon plan avasculaire de clivage) [7].

Le plexus veineux péri-prostatique se situe entre le fascia péri prostatique et la capsule propre.

La dissection au contact des releveurs de l'anus peut enlever les lames qui contiennent les vaisseaux sanguins, les lymphatiques avec la prostate et les vésicules séminales.

S'agissant de sa structure anatomique et histologique nous retiendrons simplement que les études embryologiques, les constatations chirurgicales, anatomopathologiques laissent croire que la prostate est constituée de deux parties :

- la prostate craniale, constituée par l'ensemble des acini situés au-dessus d'une ligne passant par le véru montanum, est point de départ de l'adénome de la prostate.
- par contre la prostate caudale ou vraie prostate, formée par les acini situés en dessous cette ligne, donne naissance au cancer de la prostate.

Ainsi la prostate est une structure musculo-glandulaire dont toutes les glandes viennent s'ouvrir dans l'urètre prostatique.

Cette particularité anatomique fait que la prostate constitue le carrefour des voies urinaires et génitales. Cette situation l'expose aux infections uro-génitales.

La prostate est en rapport avec l'urètre prostatique, l'utricule prostatique, les canaux éjaculateurs, les vésicules séminales, le déférent, l'épididyme et le système sphinctérien de la vessie.

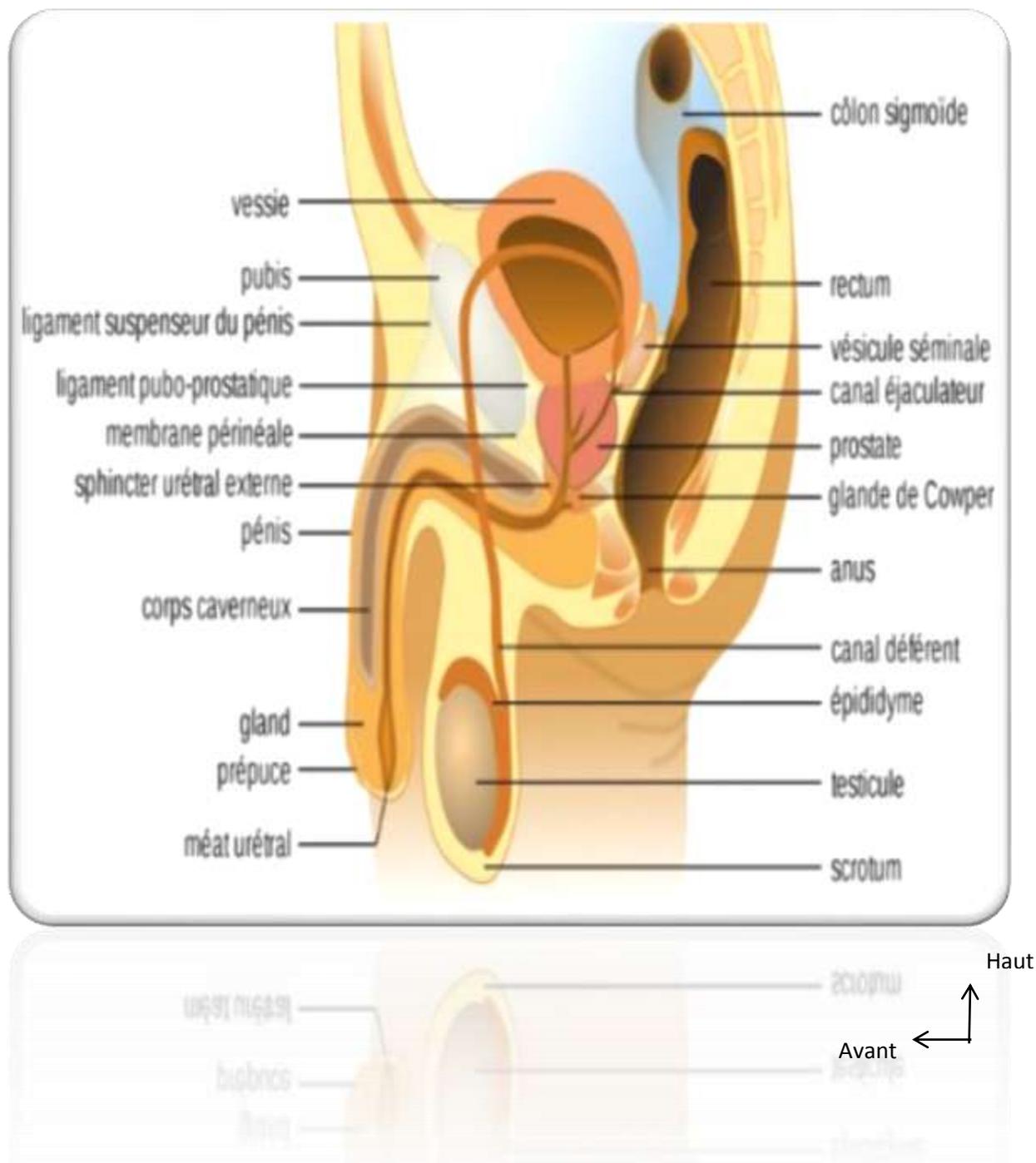
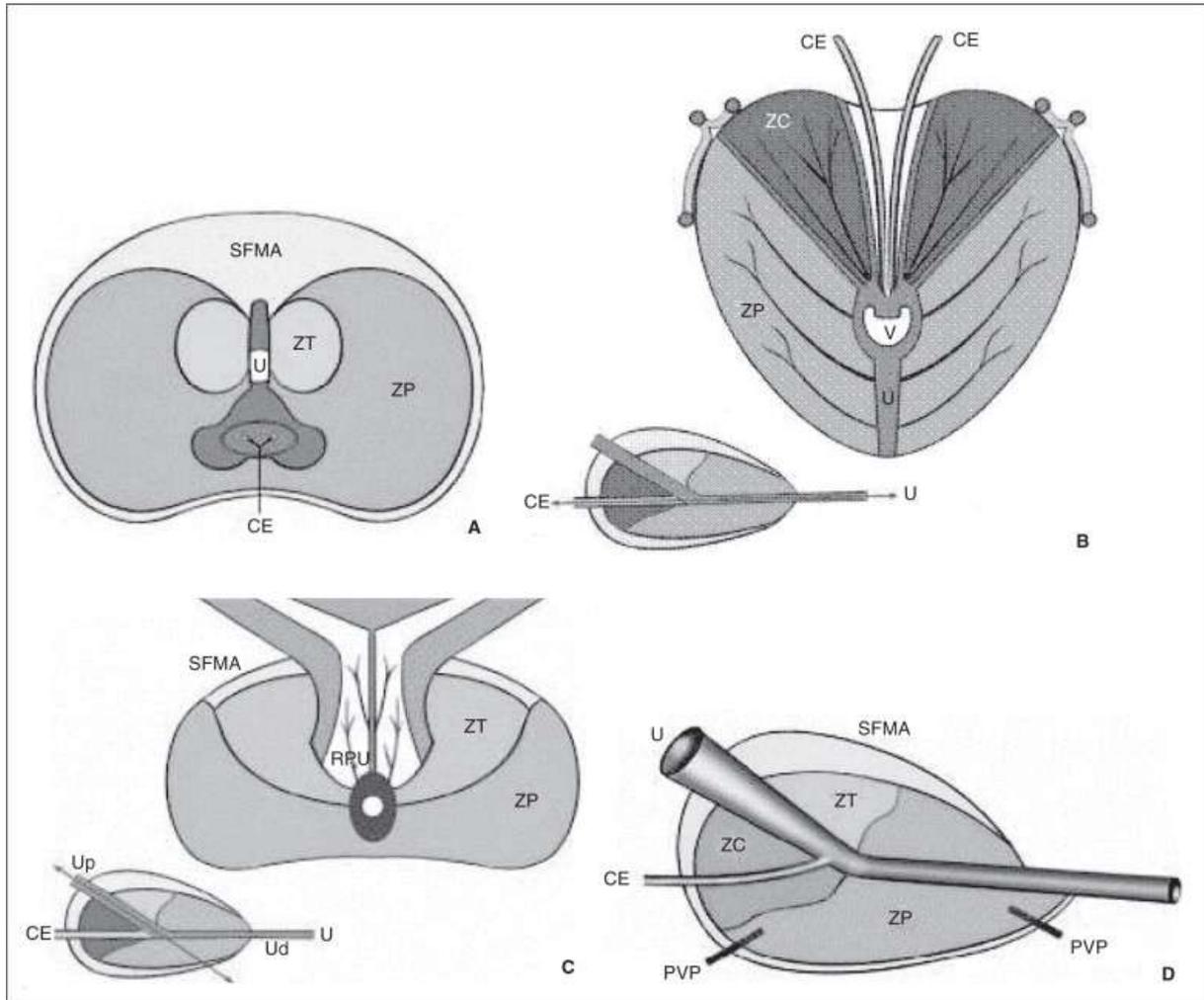


Figure 2 : Les organes génitaux masculins [40]

### 2.2.6- Relation entre l'anatomie zonale et la pathologie prostatique :

Selon Mc Neal, la glande prostatique est divisée en 4 zones agencées autour de l'urètre prostatique et des canaux éjaculateurs :

- La zone périphérique (ZP) : postéro-latérale et inférieure (l'apex est entièrement formé de ZP), 70% du tissu glandulaire, zone de prédilection des cancers (70%) et des prostatites ; accessible au toucher rectal
- La zone centrale (ZC) : postéro-basale, formant une masse conique médiane et postérieure dont la base correspond à la totalité de la base prostatique ; rarement intéressée par la pathologie (10% des cancers) ; traversé par les canaux éjaculateurs ; 25% du tissu glandulaire
- La zone de transition (ZT) : antéro-médiane, constituée de 2 lobes situés de part et d'autre de l'urètre prostatique, 5% du tissu glandulaire, zone de développement exclusif de l'hyperplasie bénigne ; 20% des cancers
- La zone des glandes périurétrales (ZPU) (Paroi musculaire lisse de l'urètre) : son développement prépondérant aboutit à la constitution du lobe médian
  - ❖ La ZP et la ZC forment le compartiment externe ; la ZT et la ZPU forment le compartiment interne [8]



A : Coupe transverse, B : Coupe coronale, C : Coupe médiane, D : Coupe sagittale

U : urètre

ZP : zone périphérique

Up : urètre proximal

ZT : zone de transition

Ud : urètre distal

ZC : zone centrale

V : veru montanum

SFMA : stroma fibromusculaire antérieur

CE : canal éjaculateur

PVP : plexus veineux prostatique

RPU : région périurétrale

Figure 3 : Anatomie zonale de la prostate

### **3-VASCULARISATION**

#### **3.1-Artères**

La prostate est principalement irriguée par l'artère vésicale inférieure, branche de l'artère iliaque interne.

La distribution vasculaire de la prostate est intrinsèque et est faite de deux groupes de vaisseaux :

Vaisseaux capsulaires et vaisseaux urétraux

Le groupe des artères urétrales se développe de façon importante en cas d'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) pour irriguer l'ensemble de cette néoformation.

Au cours de l'adénoméctomie, le saignement le plus important vient de ce groupe artériel au niveau des quadrants postéro-latéraux du col.

Sa ligature ou sa coagulation dans les premiers temps de l'opération diminue le saignement. L'artère hémorroïdaire moyenne contribue à la vascularisation de la prostate. [7]

### 3.2-Veines

Les veines forment un plexus qui entoure les faces antérieure et latérale de la capsule prostatique. Ces veines reçoivent des branches de la veine dorsale de la verge et communiquent avec le plexus honteux et vésical et se drainent dans la veine iliaque interne. [7]

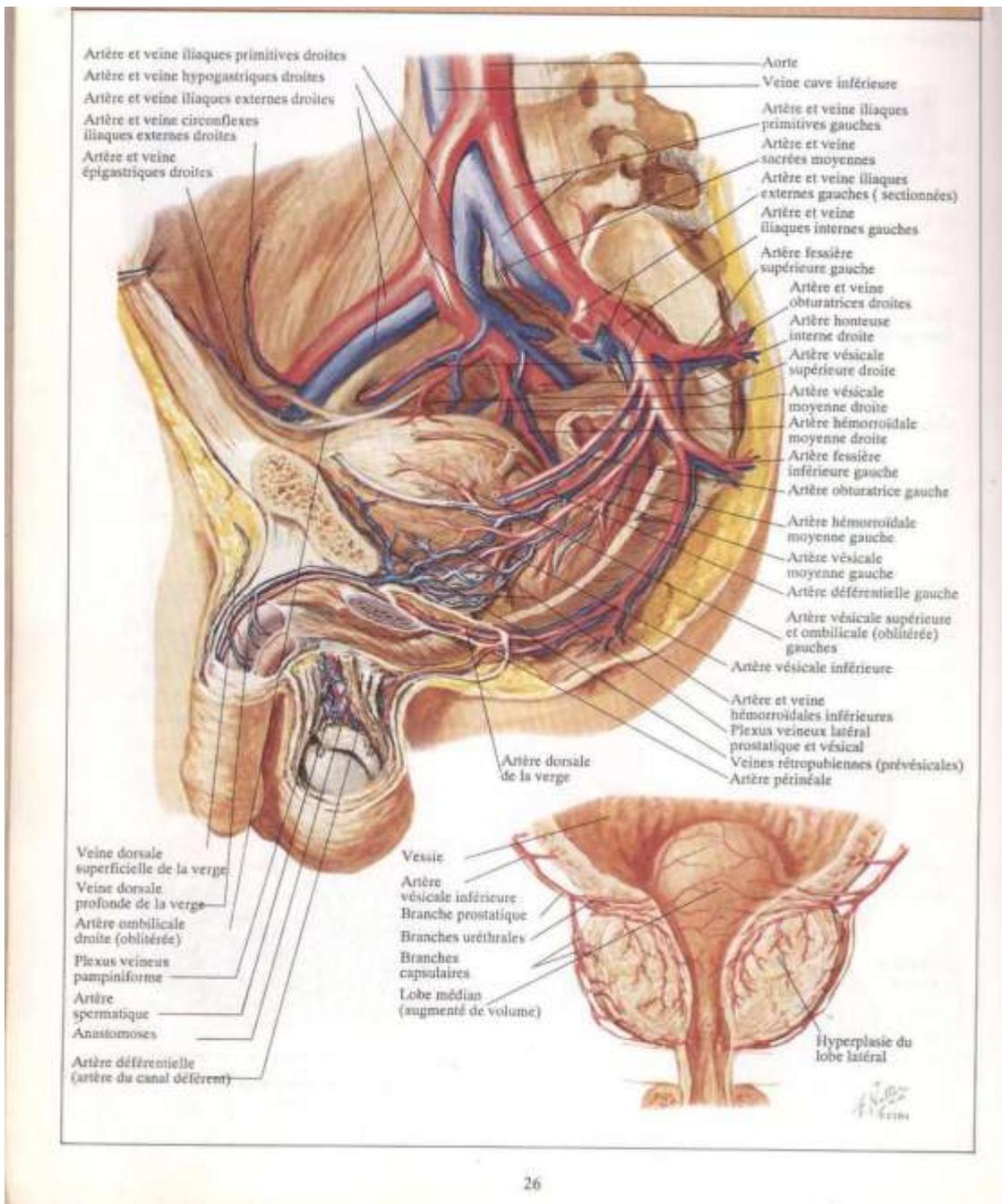


Figure 4 : Vascularisation du petit bassin (KHOURY.S)

### 3.3-Drainage lymphatique

Les lymphatiques provenant de la glande prostatique forment un réseau péri prostatique et s'unissent en plusieurs pédicules principaux pour gagner les ganglions iliaques internes, externes obturateurs et pré-sacrés. [7]

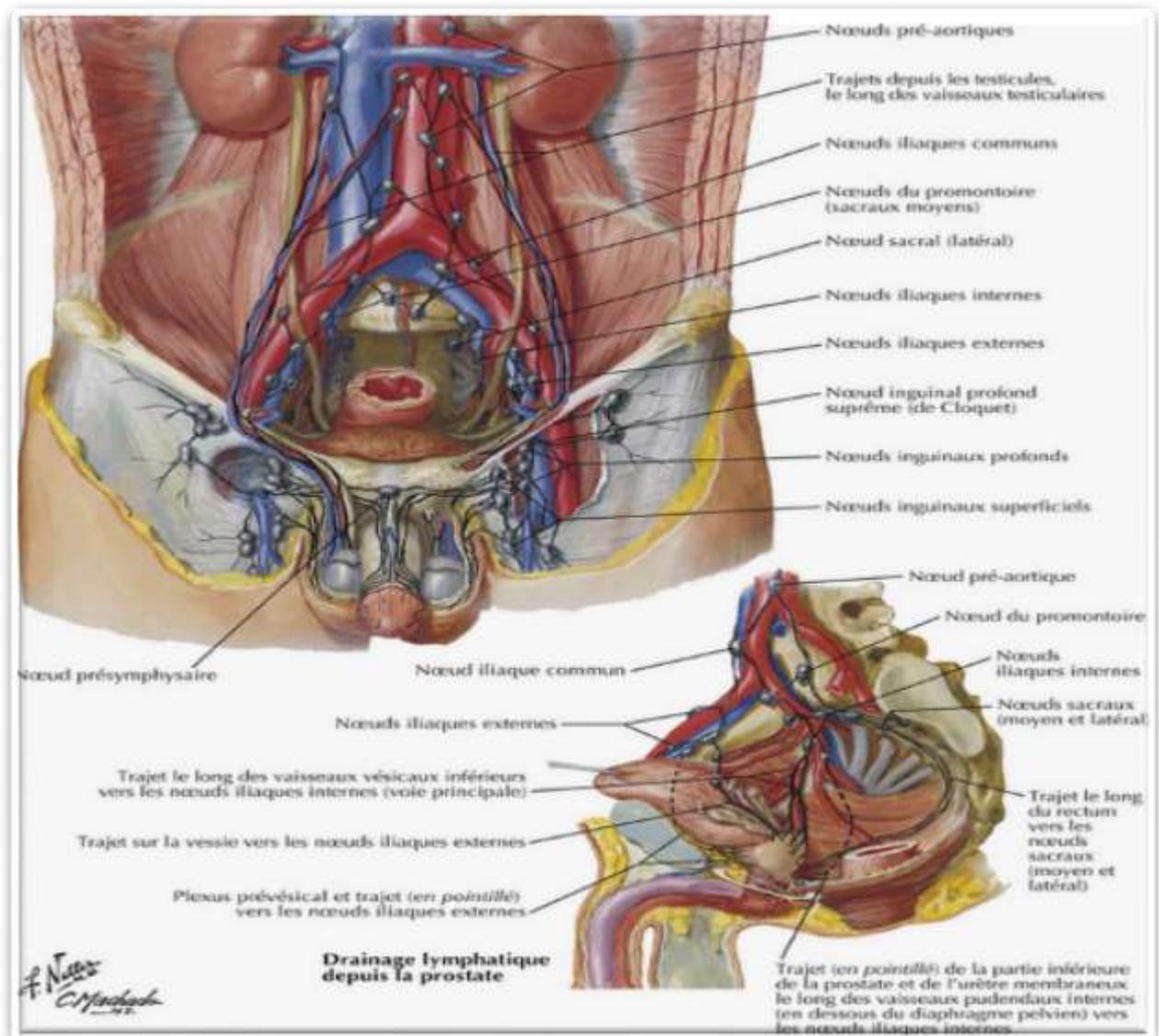


Figure 5 : Drainage lymphatique des organes génitaux (KHOURY)

Les lymphatiques de la prostate se jettent dans les ganglions hypogastriques, sacrés et surtout iliaques externes [9].

### 3.4-Innervation

La prostate et les vésicules séminales reçoivent une innervation mixte (sympathique et para sympathique) à partir des plexus pelviens. [7]

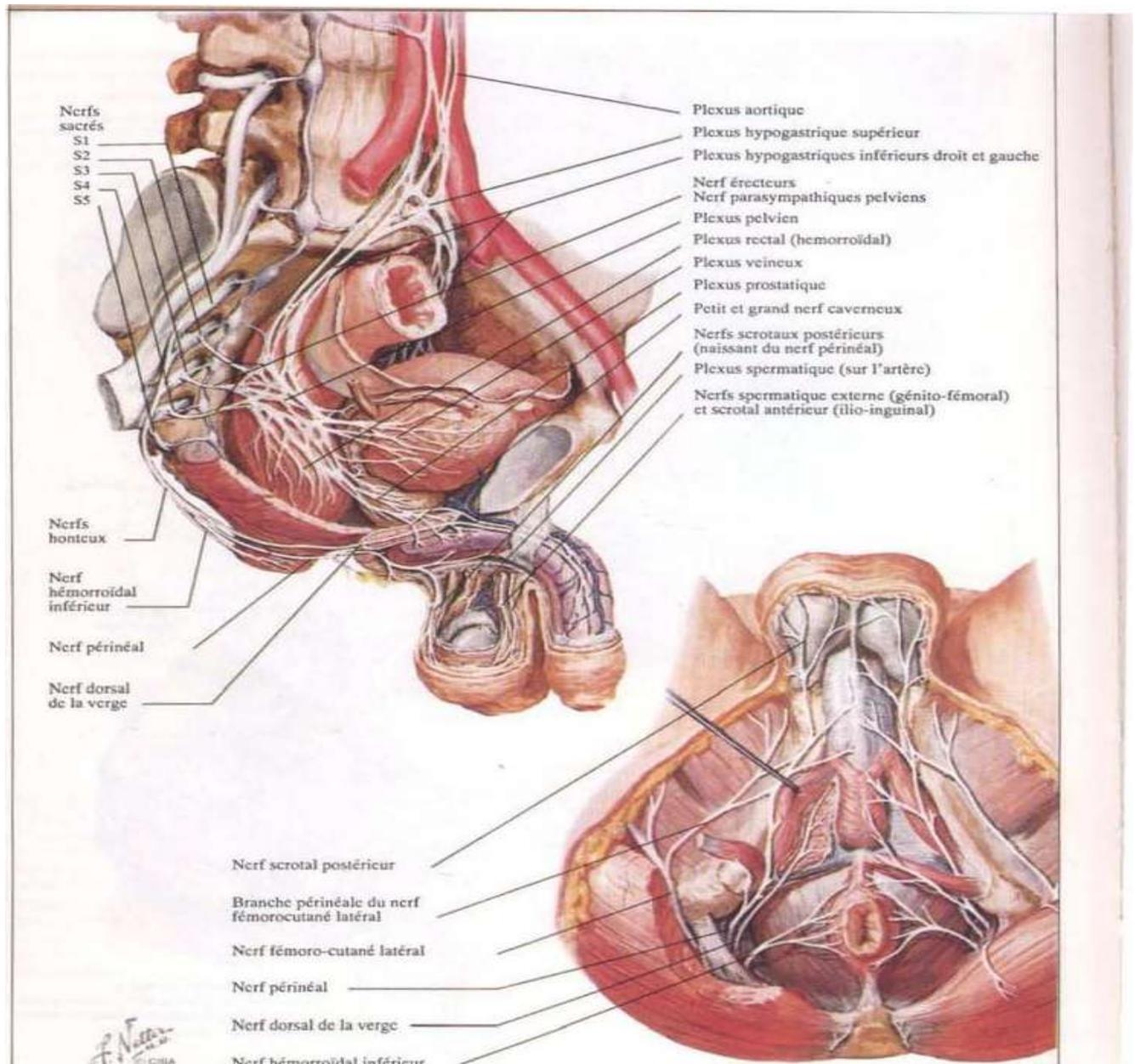
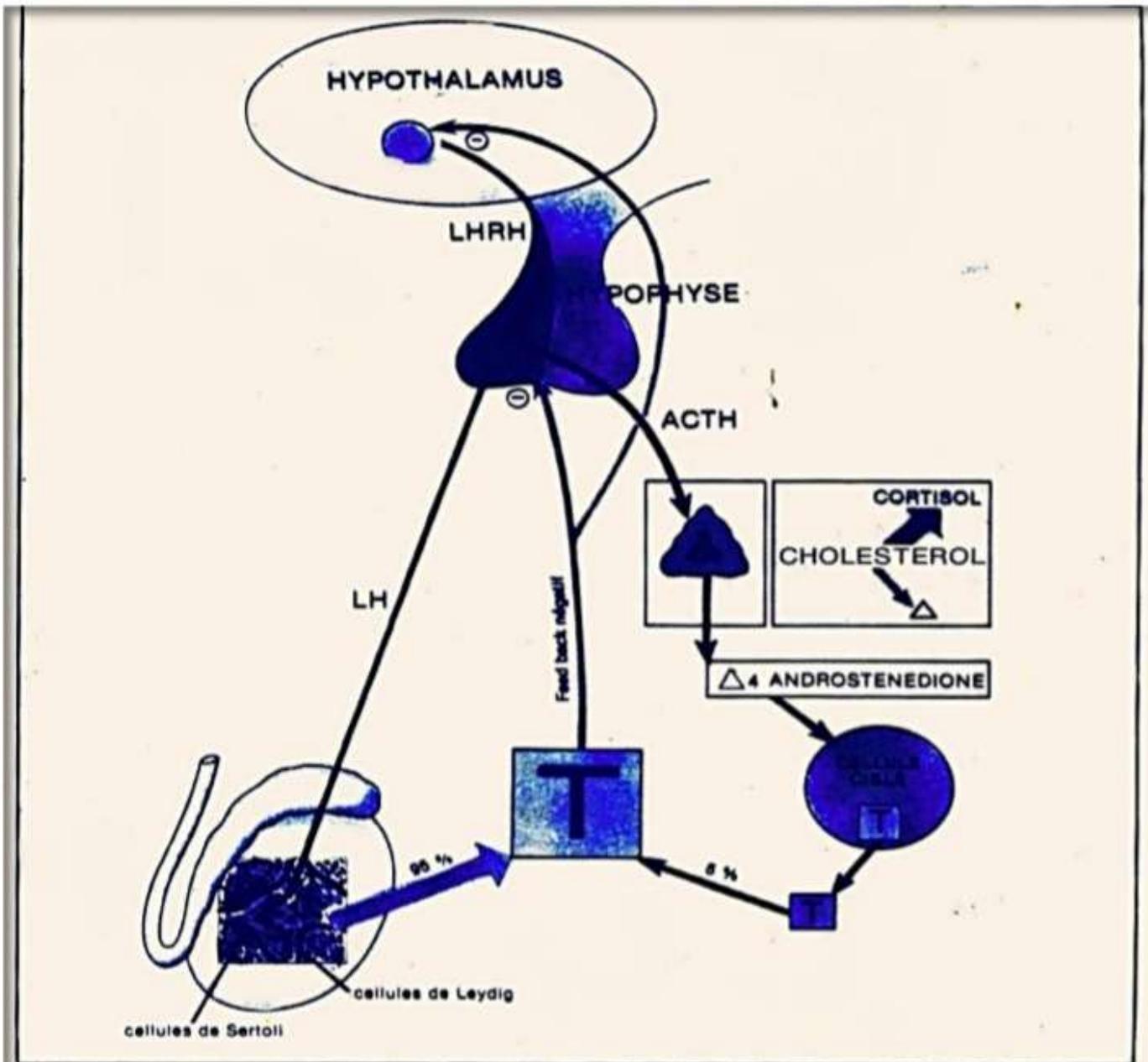


Figure 6 : Innervation des organes génitaux (KHOURY.S).  
Ant ↑  
Gauche →

#### **4-RAPPEL PHYSIOLOGIQUE DE LA PROSTATE EN RAPPORT AVEC LA PROSTATITE :**

##### **4.1- Le développement de la prostate :**

La prostate appartient au système génital, ou elle est intégrée dans le circuit hormonal classique : système hypothalamo-hypophysaire, testicule et cortico-surrénale (figure 7)



Hormonodépendance de la prostate, à l'état physiologique. La testostérone plasmatique a une origine double : a) principalement (95 %) testiculaire sécrétée par les cellules de Leydig sous l'influence de la LH ; b) surrénalienne (5 %) par transformation de certains stéroïdes surrénaliens en testostérone dans les cellules cibles, qui passe ensuite dans la circulation.

Figure 7 : Système hypothalamo-hypophysaire, testicule et cortico-surrénale (d'après Perlemuter) [41]

a) L'appareil hypothalamo-hypophysaire

Il intervient de deux manières :

- Indirectement par de nombreuses hormones
  - **LH** (Hormone Lutéinisante) : qui est sécrétée par l'antéhypophyse sous l'influence de la LH- RH hypothalamique. Elle stimule les cellules de Leydig élaborant les androgènes et à partir desquelles s'exerce un rétrocontrôle négatif.
  - **A.C.T.H** (Adreno-cortico-trophing Hormon) : Hormone adreno-corticotrope. Elle stimule la sécrétion des androgènes surrénaliens.
  - **S.T.H** (Somatotrophine Horman) : Hormone somatotrope. Son rôle trophique est très accessoire.
- Directement sur la prostate car :
  - L'hypophysectomie chez le chien castré accentue l'atrophie prostatique.
  - La prolactine stimulerait le tissu glandulaire prostatique en présence de testostérone.

Physiologie de l'axe gonadotrope

La double fonction des testicules est importante : [10]

- la fonction exocrine assure la spermatogénèse à partir des cellules germinales, dans la paroi des tubes séminifères ;
- la fonction endocrine assure la sécrétion des testostérone par les cellules de Leydig. La concentration de testostérone maintenue est globalement constante grâce à un équilibre dynamique entre l'activité sécrétion du testicule et la dégradation progressive de l'hormone.

La sécrétion par l'hypophyse des gonadostimulines (figure 8)

- LH qui stimule la sécrétion de la testostérone par les cellules de Leydig ;
- FSH qui active indirectement la spermatogénèse en stimulant les cellules de Sertoli ;

- diminution de la sensibilité de l'hypophyse avec l'âge qui est donc moins à même de répondre à la diminution de la testostérone.

L'hypophyse est sous le contrôle de l'hypothalamus :

- sécrétion pulsatile de GnRH.
- le rétrocontrôle négatif de la testostérone sur les gonadostimulines et la GnRH.

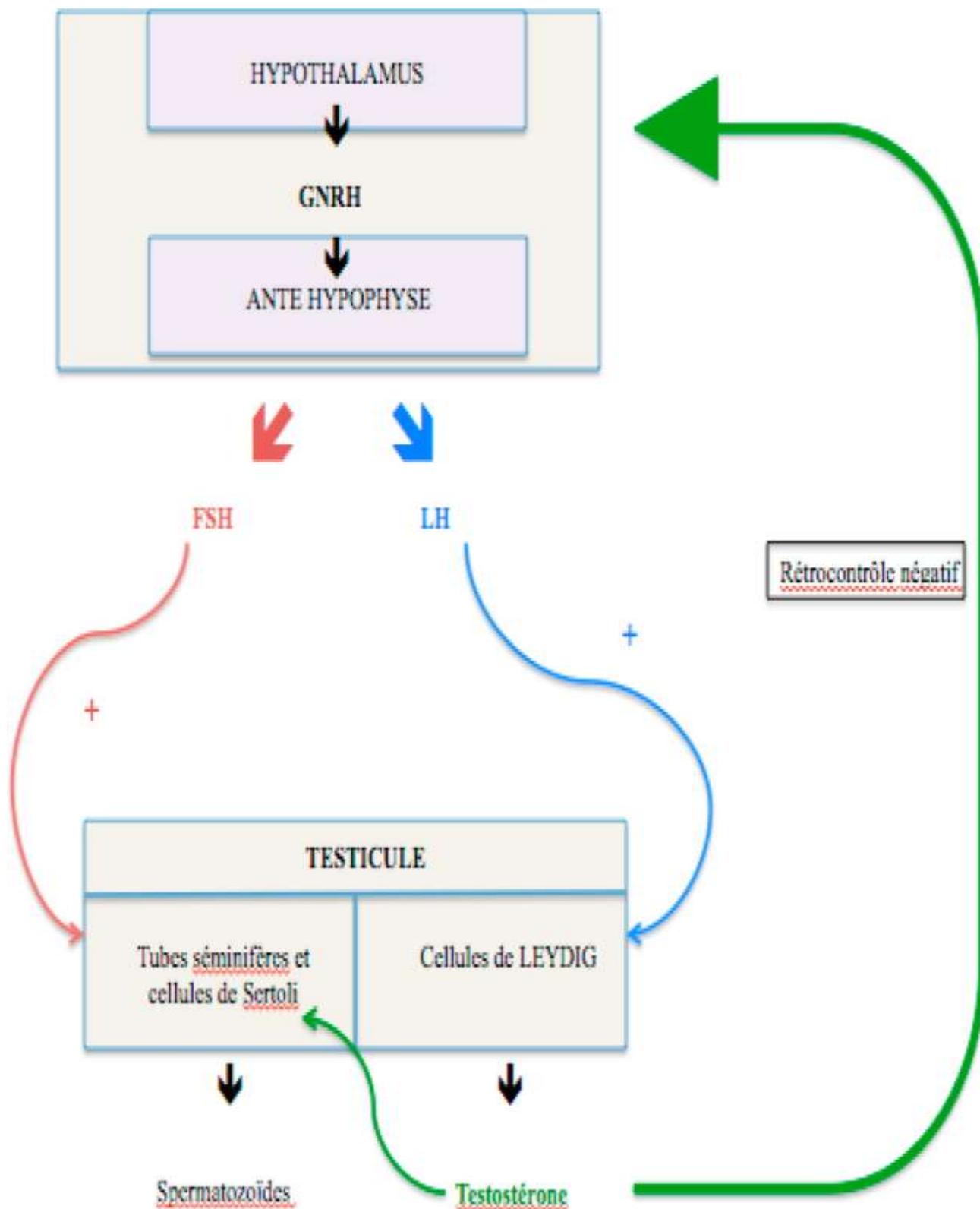


Figure 8 : Axe hypothalamo-hypophyso-gonadique

## b) Testicule

Il commande l'embryologie de la prostate, sa différenciation, sa croissance a la puberté ainsi que ses sécrétions à l'âge adulte grâce à l'action des androgènes.

- A l'état physiologique, la testostérone secrétée par les cellules de Leydig testiculaires commande le fonctionnement, la croissance et la reproduction de la cellule épithéliale prostatique.
- Les œstrogènes possèdent eux aussi une action sur la prostate. Ils ont une double origine chez l'homme : directe par sécrétion des cellules de Leydig et indirecte surtout par conversion périphérique des androgènes au sein du tissu adipeux ;
- La progestérone, métabolite intermédiaire de la testostérone, possède des récepteurs à l'intérieur de la cellule prostatique.

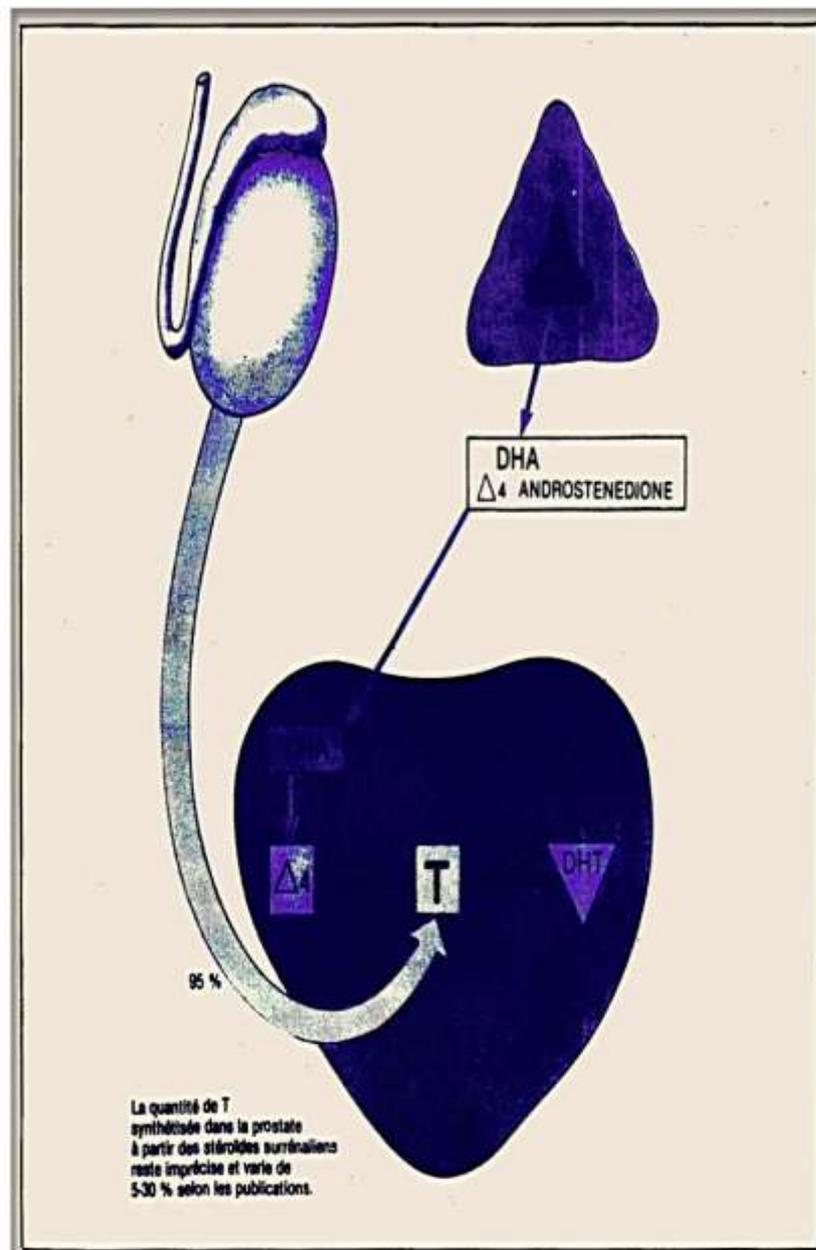


Figure 9: Métabolisme de la testostérone dans la prostate (d'après Perlemuter)

c) La corticosurrénale

Elle agit sur la prostate soit directement par l'intermédiaire des androgènes surrénaliens, soit après leur conversion en testostérone.

**2.3.2. Rôle génital exocrine de la prostate**

La sécrétion prostatique est continue, d'un débit de 0,5 à 2 ml par jour d'un liquide intervenant dans la fertilité masculine. Elle participe à la formation du plasma séminal, véhicule nutritif des spermatozoïdes dans le sperme.

Ce plasma séminal est en fait représenté par l'ensemble des sécrétions de la voie spermatique (vésicules séminales, prostate, glandes para-urétrales de COOPER, LITTRE).

Tableau I: Composition du liquide prostatique (d'après Perlemuter)

Eau	97%	
Electrolytes et Sels minéraux	10 mg	Magnésium Zinc Citrates
Hydrates de Carbone	4mg	Fructose Sorbitol, Glucose, Ac. Ascorbique
Composés azotés	40mg	Spermine Putrescine Spermidine Phosphorylcholine Antigène prostatique
Lipides	2mg	Cholestérol Phospholipides Prostaglandines
Enzymes		Phosphatase acide Lacto-deshydrogénase Leucine-aminopeptidase Alpha-amylase Facteurs de liquéfaction
Eléments figurés		Cellules prostatique Leucocytes Corpuscules lipidiques Corps amylacés

Ce plasma séminal intervient de façon essentielle dans la fertilité, par la nutrition des spermatozoïdes, leur mobilité (pH optimal – 7,3 à 7,7), et leur pénétration dans la glaire cervicale.

Parmi les protéines secrétées par la prostate mention spéciale à l'Antigène spécifique de la prostate (PSA). Spécifique parce que secrétée seulement par la cellule épithéliale prostatique. Décrite en 1971 pour la 1ère fois sous le nom de Gamma-sémion-protéine par HARA et isolée du tissu prostatique en 1979 par WANG.

Glycoprotéine produite par les glandes prostatiques, le PSA est excrété dans la lumière des glandes prostatiques et se retrouve dans le liquide séminal où il intervient dans la liquéfaction du sperme. La phosphatase acide prostatique PAP : Elle représente 25% de la sécrétion prostatique. Les autres protéines de sécrétion prostatique sont : l'albumine,  $\alpha$ -1 acide glycoprotéine, le Zn  $\alpha$ -2 glycoprotéine [14].

### **2.3.3. Rôle urinaire de la prostate**

A l'état physiologique, il est secondaire et se limite en effet au soutien de la base vésicale et a une participation aux résistances urétrales. En dehors de cela elle ne possède aucun rôle urinaire chez l'homme sain.

## 5-ETHIOPATHOLOGENIE DE LA PROSTATITE :

La prostatite chronique se définit comme étant une inflammation chronique de la glande prostatique, d'origine infectieuse (bactérienne le plus souvent) ou non bactérienne [11].

### 5.1-**Les agents pathogènes**

La flore prostatique est variable selon qu'il s'agisse d'une prostatite aiguë ou chronique.

Si les bacilles à gram négatif prédominent largement dans les deux types de prostatite, les cocci et bacilles à gram négatif sont retrouvés plus volontiers dans les prostatites aiguës.

Par ailleurs signalons l'existence des prostatites multi bactériennes ; toutes les bactéries n'ont pas la même importance dans la prostatite [12,13].

Parmi les bactéries à gram positif, le *Staphylocoque* demeure le grand responsable des prostatites aiguës car il possède un tropisme particulier pour la prostate. En dehors du *Staphylocoque* peuvent être responsables les *Streptocoques* et les *Entérocoques*.

La présence de bacille à gram positif est fréquente en cas de nécrose tissulaire, en particulier d'abcès prostatique [12]. Les cocci à gram négatif (essentiellement les *Nesseria*) ne sont plus qu'exceptionnellement pourvoyeurs de prostatite depuis l'utilisation des antibiotiques [14].

Parmi les entérobactéries c'est *Estchericha-coli* qui est de loin le germe le plus fréquent (80%) puis viennent *Klebsiella*, *Proteus* et *Enterobacter*.

Les bactéries atypiques telles que le bacille de koch (**BK**) ne sont plus qu'exceptionnellement retrouvés [15].

-Les virus, les parasites et les mycoses : il n'a jamais été possible de prouver directement qu'un virus était responsable d'une prostatite [16, 14].

Parmi les parasites rencontrés en Europe seuls les *Trichomonas* sont incriminés dans les prostatites, *Schistosoma haematobium* est aussi responsable de prostatite.

Parmi les champignons le rôle du *Candida albicans* est discuté [14].

Il existe des prostatites chroniques abactériennes.

Enfin il a été démontré que la présence des calculs infectés était responsable sinon du déclenchement du moins de l'entretien de la prostatite chronique [13, 17].

## **5.2-La porte d'entrée**

Les agents pathogènes parviennent à la prostate par trois (3) voies classiques : la voie urétrale, la voie hématogène et la voie lymphatique.

-La voie urétrale est de loin plus fréquente. Elle peut être d'origine ascendante.

L'origine ascendante est rencontrée dans les sondages, les manœuvres endoscopiques.

Les prostatites gonococciques sont toujours secondaires à une urétrite [18].

Par l'origine descendante les germes de l'urine d'amont qu'elle qu'en soit la cause peuvent coloniser la prostate, les canaux prostatiques, ce qui gêne le libre écoulement des urines dans la filière urétrale. C'est le cas des obstacles sphinctériens ou de l'urètre antérieur.

-La voie hématogène est l'apanage d'infection staphylococcique et virale qui détermine une prostatite aigue manifestement secondaire [19].

-Selon VANDER HERDEN et CUKIER [20], la voie lymphatique est plus une construction de l'esprit qu'une réalité.

## **5.3-Circonstance d'apparition et facteurs favorisants**

Les prostatites peuvent survenir au cours des maladies infectieuses, d'une bactériémie, des foyers staphylococciques cutané-renaux ou péri rénaux.

Les infections streptococciques ou virales (grippe, angine, oreillons, les entérocolites), certaines septico-pyohemies post opératoires, le diabète font le lit d'une prostatite aigue.

Le rétrécissement de l'urètre est un des facteurs prépondérants de l'apparition de la prostatite.

L'alimentation est évoquée comme facteur favorisant d'une prostatite notamment : l'alcool, les épices ; les troubles du transit (constipation et diarrhée) sont aussi évoqués.

On peut signaler par ailleurs que l'abstinence sexuelle et le sédentarisme sont incriminés dans les facteurs favorisant des prostatites [21, 22].

La présence d'un calcul infecté est responsable du déclenchement d'une prostatite chronique [33,23].

Les manœuvres endo -urétrales et endo-vesicales (cystoscopie, sondage, dilatation) sont les principales causes de prostatite iatrogènes.

Le refroidissement est aussi incriminé.

## **6-ANATOMO-PATHOLOGIE DE LA PROSTATITE :**

### **6.1-Prostatite aigue**

Mis à part les rares cas de prostatites aigues traumatique d'origine sanguine ou lymphatique, l'affection débute par une inflammation des glandes prostatiques ; elle peut s'arrêter à ce stade.

A l'examen microscopique les lésions inflammatoires sont retrouvées au niveau des glandes et des canaux excréteurs avec amas de leucocyte et débris cellulaires dans les acini. C'est le stade de la prostatite dite folliculaire [22].

Si l'inflammation s'étend au tissu péri-acineux, elle donnera lieu à l'abcès de la prostate ; enfin la suppuration dépassant les limites de la glande provoquera de la péri prostatite [18, 22].

En ce moment les lésions gagnent les espaces inter acineux avec constitution des foyers inflammatoires disséminés qui, par confluence et absence de traitement aboutiront à l'apparition de micro abcès qui vont eux-mêmes confluer pour former un ou plusieurs abcès prostatiques. Une rétention aigue d'urine peut survenir nécessitant la pose d'un cathéter sus pubien.

## 6.2-Prostatite chronique

Histologiquement, il existe une réaction inflammatoire non spécifique moins marquée que dans les prostatites aiguës.

Les lésions infectieuses chroniques de la prostate associent des lésions destructives et constructives.

C'est ainsi que dans la prostatite folliculaire, à l'examen microscopique on note des glandes dilatées remplies de cellules épithéliales et de leucocytes, parfois du pus franc, le tissu interstitiel étant infiltré de sérosités et de leucocytes.

Antoine B et Moulonguet A ont aussi signalé la néoformation de cul de sac [30].

Dans la prostatite suppurée, il existe une série d'abcès dont quelques-uns du volume d'une noisette, des fistules prostato-urétrales.

Enfin dans les prostatites scléreuses, le tissu interstitiel se sclérose et enserre les conduits excréteurs, provoquant la dilatation kystique des acini.

Au niveau de la glande caudale l'infection chronique détermine l'apparition des lésions destructives micro-abcédées souvent calcifiées. Par contre au niveau de la prostate craniale ce sont les lésions fibreuses sclérosantes qui vont entraîner une dysurie [25].

Aux lésions de la prostate s'ajoutent toujours des lésions de l'urètre postérieur, ce sont celles de l'urétrite chronique : lésion des glandes péri-urétrales, lésions du veru montanum, des canaux éjaculateurs et parfois des vésicules séminales.

## **7-PHYSIOPATHOLOGIE DE LA PROSTATITE CHRONIQUE :**

L'arbre urinaire est physiologiquement stérile, en dehors de l'urètre distal qui est colonisé par la flore périnéale.

Les infections urinaires communautaires sont principalement des infections par voies ascendante, à partir de la flore urétrale.

Plus rarement, les pyélonéphrites peuvent être d'origine hématogène, dans le cadre d'une bactériémie (notamment à *Staphylocoque* ou à *Candida*).

Les prostatites sont favorisées par l'existence d'un obstacle sous-urétral responsable d'une mauvaise vidange vésicale : hyperplasie bénigne de prostate (HBP), cancer de prostate ou sténose urétrale.

Elles peuvent également être d'origine vénérienne dans le cadre d'une infection génitale chez l'homme ou iatrogène après biopsies de prostate écho-guidées.

Sur le plan bactériologique *Escherichia coli* est au premier rang avec 60 à 80% des germes identifiés, toutes formes cliniques confondues. Il est retrouvé dans 70 à 95% des cystites simples et 85 à 90% des pyélonéphrites aiguës.

Il existe une résistance croissante et préoccupante d'*Escherichia coli* variable selon l'écologie locale : *Amoxicilline* 40 à 50%, *Cotrimoxazole* 20 à 40%, *Fluoroquinolone* 10%.

Les autres germes les plus fréquemment retrouvés sont *Entérocoque*, *Staphylocoque* et *Pseudomonas*.

Le risque de résistance est majoré en cas d'antibiothérapie récente (moins de 6 mois), en particulier pour les *Fluoroquinolones*. [24]

Tableau II : Modifications physico-chimiques de la sécrétion prostatique lors des prostatites bactériennes chroniques selon ANDERSON et FAIR [26,20].

<b>Augmentation</b>	<b>Diminution</b>
<b>pH</b>	Densité
	-Les facteurs antibactériens de la prostate
	-Les cations (Zn, Ca, Mg)
	-La concentration de l'acide citrique
	-La concentration du cholestérol
	-La concentration des phosphatases, acides, du lysozyme

### **7.1-Classification :**

Selon le système de classification **NIH** (National Institut of Health , Etats-Unis) crée en 1995 qui est venu remédier à l'absence de système de diagnostic de référence, il existe 3 catégories de prostatites chroniques.

Cette classification est faite selon leur étiologie, leur fréquence, leur tableau symptomatologique et les indices ou moyens diagnostiques correspondants (examens complémentaires). [27]

#### **7.1.1-Prostatite chronique bactérienne**

Elle est due à une infection récidivante de la prostate. Dans ce type de prostatite, les symptômes vésicaux se présentent au premier plan du fait de la réintroduction du germe dans la vessie à partir des glandes prostatiques infectées. Elle peut s'accompagner d'une fièvre minime ou d'une gêne pelvienne. Une douleur à l'éjaculation est retrouvée dans la totalité des cas. Des calcifications prostatiques visibles à l'échographie sont fréquentes.

#### **7.1.2-Prostatite chronique non bactérienne/syndrome pelvien douloureux chronique**

C'est une prostatite chronique regroupant les symptômes mais sans infections démontrables avec l'urine stérile. Cette prostatite est beaucoup plus fréquente que les prostatites bactériennes.

### **7.1.3-Prostatite chronique avec syndrome pelvien douloureux chronique inflammatoire**

C'est une prostatite chronique dont on retrouve une concentration importante de leucocytes dans le prélèvement du liquide prostatique et l'ECBU mais aucun germe n'est identifiable. Cette prostatite est due très souvent à *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Trichomonas vaginalis*, et organismes anaérobies.

### **7.1.4-Syndrome pelvien douloureux chronique non inflammatoire (prostatodynie) :**

C'est une prostatite dont on remarque l'absence de leucocytes dans les urines, les sécrétions prostatiques après massage prostatique.

Cette prostatite est due à une augmentation de la tension musculaire au niveau du col vésical et ou de l'urètre prostatique, aboutissant à un reflux urinaire intra prostatique. Les résultats des ECBU et liquide prostatique sont normaux et le traitement est difficile. Cette pathologie est surtout fréquente chez les sujets jeunes de 20 à 40 ans.

### **7.1.5-Prostatite inflammatoire**

On constate une absence de symptômes cliniques, mais avec découverte de leucocytes dans les sécrétions ou les tissus prostatiques.

Tableau III : Classification du NIH et définitions des prostatites [27].

Catégorie	Description clinique	Définition
<b>I</b>	Prostatite bactérienne aiguë	Infection aiguë de la prostate (80% E. coli et 20% due à <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>S marcescens</i> , <i>Klebsiella sp</i> , <i>P mirabilis</i> )
<b>II</b>	Prostatite bactérienne chronique	Infection récidivante de la prostate
<b>III</b>	Prostatite chronique non bactérienne/SPDC (1)	Symptômes sans infection démontrable.
<b>IIIa</b>	SPDC inflammatoire	Présence de leucocytes dans le sperme, les SPE et les urines après massage prostatique parfois due à <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Ureaplasme urealyticum</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> et les organismes anaérobies.
<b>IIIb</b>	SPDC non inflammatoire	Absence de leucocytes dans le sperme, les SPE (2) et les urines après massage prostatique due à une augmentation de la tension musculaire au niveau du col vésical et/ou de l'urètre prostatique résultant en un reflux urinaire intra-prostatique (à confirmer)
<b>IV</b>	Prostatite inflammatoire asymptomatique	Absence de symptômes cliniques mais découverte de leucocytes dans les sécrétions ou les tissus prostatiques.

(1) **SPCD** : Symptôme pelvien douloureux chronique.

(2) **SPE** : Sécrétion prostatique.

## **8-DIAGNOSTIC :**

Il repose sur la clinique et les examens complémentaires.

### **8.1-Diagnostic positif :**

#### ➤ **Les signes fonctionnels**

Les symptômes de la prostate chronique sont très variables, disparates, isolés ou associés faits de :

- Sensation anormale ou gêne au niveau du périnée, de l'anus ou de l'urètre parfois une simple pesanteur ou chaleur.
- Douleur hypogastrique, inguinale, périnéale, pénienne, et testiculaire avec irradiations vers les cuisses, la région sacro-iliaque.
- Troubles de bas appareil urinaire (pollakiurie, dysurie, nycturie, impériosité mictionnelle, brûlure mictionnelle)
- Troubles génitaux (érection douloureuse, éjaculation prématurée, dysfonction érectile et trouble de libido).

Il s'y associé inconstamment à ces symptômes des écoulements urétraux (pus ou liquide prostatique).

#### ➤ **Les signes généraux**

Se caractérisent par une asthénie, une atteinte du psychisme avec phobie de la contagion et du cancer pouvant aboutir à un vrai état psychosomatique, d'autant plus que l'évolution est tenace, rebelle aux nombreux traitements proposés.

#### ➤ **Les signes physiques**

**Inspection :** On recherchera au niveau des organes génitaux externes : plaie, œdème, et ulcération.

**Palpation :** Des douleurs peuvent être provoquées au niveau : du gland, des testicules, du cordon spermatique, et de l'espace périnéal.

**Toucher rectal :** Le toucher rectal retrouve une prostate peu ou pas augmentée de volume, ferme parfois discrètement sensible et surtout des zones indurées.

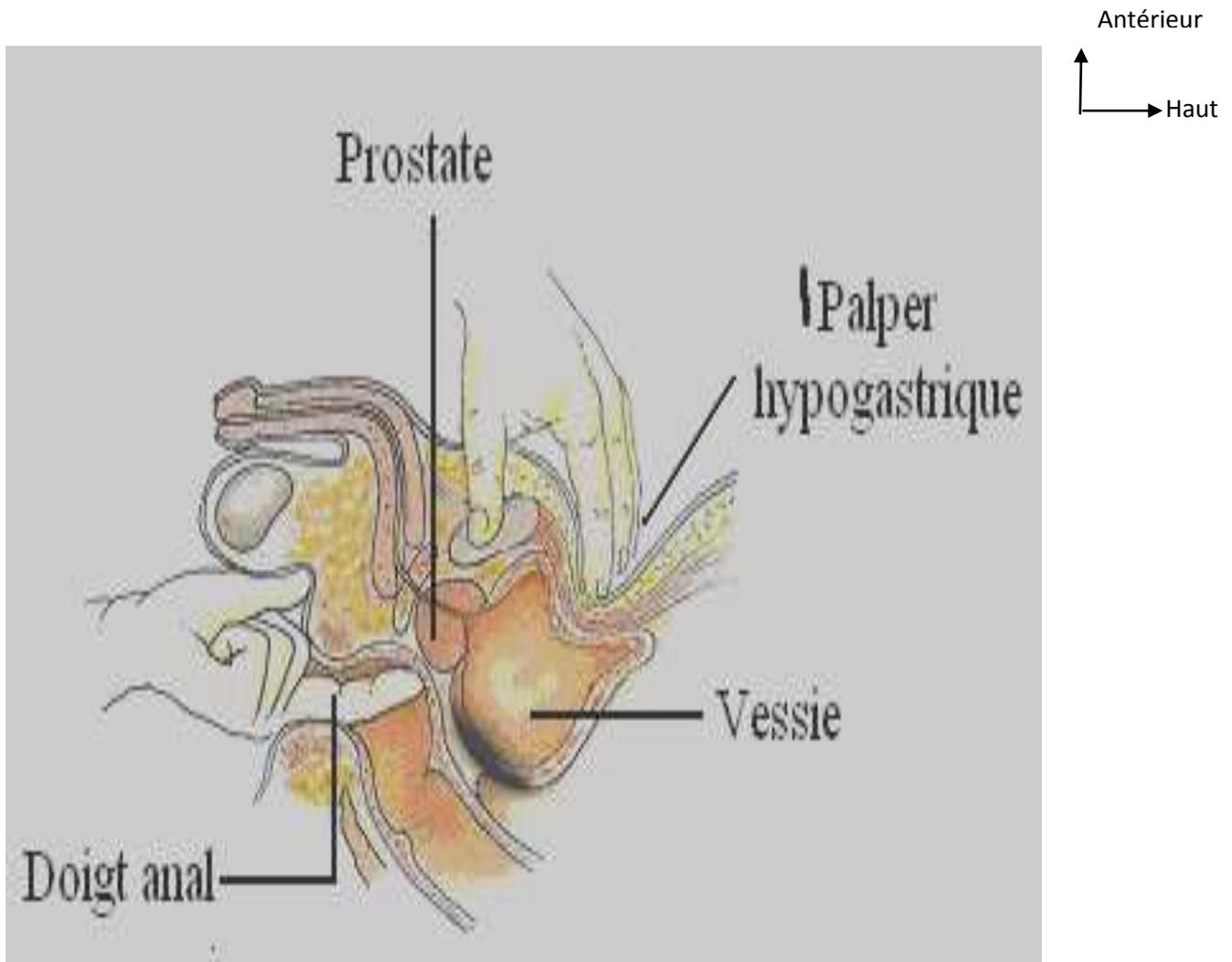


Figure 10 : le toucher rectal combiné au palper hypogastrique [39].

**8.2-Examens complémentaires** : Il repose sur l'ECBU et le prélèvement du liquide prostatique.

**La numération formule sanguine** : est souvent normale.

**Le taux de PSA** : est normal ou peu élevé.

### **Examen Cytobactériologique des Urines(ECBU)**

On recherchera la présence de leucocytes en particulier les polynucléaires altérés et les cellules épithéliales, évocateurs de la prostatite chronique : On observe le plus souvent une leucocyturie (nombre de leucocytes supérieur à 10000/ml et/ou une bactériurie (nombre de bactérie supérieur à 100000/ml). Ces résultats sont significatifs si les mêmes valeurs sont retrouvées à plusieurs examens successifs et si le germe isolé est toujours le même. Un test à divers antibiotiques est réalisé (antibiogramme).

L'ECBU peut être franchement positif quand il existe une cystite associée (due au germe qui infecte la prostate) ou une prostatite aigüe.

L'ECBU même répété peut-être strictement normal, il faut alors s'efforcer d'isoler un germe par un autre moyen :

**Analyse d'urine fragmentée (Epreuve de Meares et stamey)** qui consiste à recueillir quatre spécimens d'urine successifs (après toilette locale du gland et du prépuce et décalottage permanent du gland) et à les étudier séparément :

- ❖ *Voided Bladder 1 ou VB 1 (vessie vidée)* : c'est-à-dire les dix premiers millilitres. Ce spécimen est surtout représentatif de l'urètre.
- ❖ *Voided Bladder 2 ou VB 2* : recueillie après l'émission de 200 millilitres d'urines. Ce spécimen sert à une culture du « jet moyen » et peut être remplacé par une ponction supra pubienne.
- ❖ *Expressed prostatic sécrétion (EPS)* : ce sont les sécrétions de la prostate recueillies après massage (indicatif essentiellement en cas de prostatite chronique).
- ❖ *Voided Bladder 3 ou VB 3* : formé par les 10 millilitres recueillis après massage de la prostate et dont la signification importe surtout en cas de prostatite aigüe.

Ces prélèvements sélectifs pour la culture permettent de différencier une urétrite banale d'une prostatite. En cas d'infection urétrale le contage bactérien sera plus élevé en VB 1 qu'en VB 3.

Un examen EPS négatif ne permet pas d'exclure pour autant la prostatite : en raison du caractère localisé de cette affection il est possible de ne pouvoir mettre en évidence l'infection dès le premier massage.

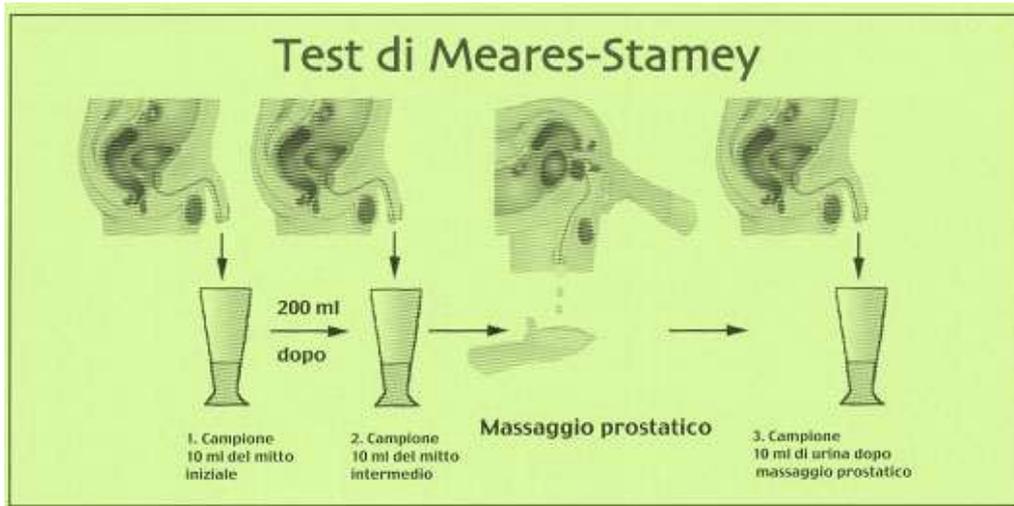


Figure 11 : Epreuve des trois verres d'urines [38]

### ○ Spermoculture

Il faut rappeler que les sécrétions prostatiques constituent les 2/3 de l'éjaculat.

La spermoculture est réalisée surtout en cas d'éjaculation douloureuse ou d'hémospemie ; on a :

- Une leucospermie (si le nombre est supérieur à 100000/ml) ;
- Une bactériospermie (si le nombre de bactérie est supérieur à 100000/ml)
- L'infection est patente si le nombre de bactérie est de 1000/ml.

### **L'analyse des sécrétions prostatiques et des prélèvements urétraux**

Les germes banals tels que *Chlamydia* ou *Mycoplasmes* sont recherchés sur des prélèvements urétraux. Les sécrétions prostatiques sont recueillies après massage de la glande prostatique.

## **Etude des modifications biochimiques du liquide prostatique**

Il y a une augmentation du **pH**, du taux d'immunoglobulines (Ig) et une diminution du zinc (le Zinc est un puissant facteur antibactérien).

## **Echographie prostatique**

Elle est disponible et reste actuellement une technique essentielle d'orientation fiable et non invasive. Elle apporte des renseignements sur l'aspect de la prostate à savoir :

- ✓ Des zones échogènes témoins de calcification prostatique
- ✓ Une prostate augmentée de volume et inhomogène.

L'échographie ne permet pas de distinguer un cancer et une prostatite chronique.

## **8.3. Diagnostic étiologique**

L'origine urinaire ou sexuellement transmissible de l'infection est guidée par l'anamnèse en explorant notamment :

- L'âge
- La notion de contagé ou d'écoulement urétral ;
- Les antécédents récents de chirurgie, endoscopie, sondage urétral.

Cependant, le diagnostic de certitude repose sur les examens microbiologiques :

- L'ECBU du premier et second jet urinaire (examen direct, mise en culture et PCR à la recherche de *Chlamydia trachomatis* et *Nesseria gonorrhoeae*) ;
- Les hémocultures : le plus souvent négatives.

#### 8.4-Diagnostic différentiel :

##### ❖ Cancer de la prostate

Au cours de la prostatite chronique, le **TR** peut découvrir des zones indurées (nodule de prostatite chronique ou calculs), qu'il est impossible de distinguer du foyer cancéreux. Il faut à tout prix éliminer un cancer avant de retenir le diagnostic de prostatite. Son diagnostic histologique ne sera fait qu'à distance de l'épisode infectieux par biopsie et frottis urinaire. Le **PSA** (Prostatic specific antigen) reste toujours élevé.

##### ❖ Adénome de la prostate

En fait, il peut coexister avec la prostatite chronique. L'épisode infectieux peut d'ailleurs augmenter les troubles urinaires jusque-là inaperçus et permet le diagnostic clinique d'un adénome de la prostate. Le **TR** est l'examen physique qui révèle une augmentation du volume de l'adénome de la prostate.

##### ❖ Abscesses de la prostate

Cliniquement, après un épisode aigu mal ou non traité, les signes généraux persistent ou s'aggravent. Apparaissent ensuite des douleurs sus pubiennes et périnéales. Les troubles mictionnels s'aggravent et peuvent conduire à une rétention aiguë d'urine. Plus rarement les signes généraux s'amendent puis disparaissent mais les signes urinaires et périnéaux persistent. Le **TR** montre une prostate très sensible avec une zone fluctuante.

Généralement, l'abcès de la prostate régresse sous traitement médical, mais quelques abcès se drainent dans l'urètre en provoquant une émission de pus au cours et au décours de la miction.

## **9-TRAITEMENT :**

Le traitement de la prostatite chronique est difficile et long, reposant sur l'association antibiotiques, antalgiques, anti-inflammatoires et la réassurance verbale.

Bien sûr, il faut toujours rechercher une cause pour décider du type de traitement.

### **9-1-Traitement préventif**

Il repose sur le traitement énergique de toute prostatite aiguë et sur une asepsie rigoureuse des manœuvres instrumentales urétrales (sondages, endoscopies.....)

Il faut éviter aussi la sédentarité et les infections sexuellement transmissibles (IST) ne constituent une cause fréquente des prostatites surtout chroniques.

### **9-2-Traitement spécifique**

#### **9-3-Médical**

**But :** désinfecter le tissu prostatique, prévenir les complications, les récurrences et obtenir une guérison définitive.

**Moyen :** Le traitement médical associe :

- Des antibiotiques efficaces sur les germes incriminés et diffusant bien dans la prostate.
- Des anti-inflammatoires ;
- Des  $\alpha$  bloquants en cas de dysurie,
- Des décongestionnants pelviens et
- Des antalgiques

Ces médicaments diversement associés sont présents en cure prolongée et répétée.

#### **❖ Traitement de la prostatite chronique bactérienne : (catégorie I)**

Le traitement antibiotique est fonction du germe retrouvé à l'antibiogramme.

Malgré tout il peut exister des associations antibiotiques standard

La durée du traitement est de 8 à 12 semaines pour stériliser le liquide prostatique et réduire le risque de récurrence.

❖ **Traitement de la prostatite chronique non bactérienne/syndrome pelvien douloureux chronique** (catégorie II) :

Elle représente 80 à 90% des patients présentant des douleurs, syndromes urinaires et dysfonctions sexuelles. Mais la recherche ne retrouve pas de germes uropathogènes.

❖ **Syndrome pelvien douloureux chronique inflammatoire**

Malgré l'absence de germes le traitement débutera toujours par une antibiothérapie active sur les *Chlamydiae*, les *Trichomonas vaginalis* etc...

Ensuite on associera les anti-inflammatoires.

Ce traitement durera 6-12 semaines sous les fluoroquinolones, les cyclines ou Macrolides.

❖ **Syndrome pelvien douloureux chronique non inflammatoire**

Il est nécessaire de commencer par un traitement à base d'antibiotiques de forte pénétration prostatique : *Fluoroquinolones*, *Cyclines*, *Erythromycine* actives sur les *Chlamydiae trachomatis*, *Uréaplasma uréalyticum*, les anaérobies .....

Ces deux catégories de prostatite peuvent tirer bénéfice de :

- ❖ Eviction d'alcool, de la caféine, des épices ;
- ❖ Administration d'alpha bloquant qui diminue le tonus des muscles du périnée ;
- ❖ Antalgiques, Anti-inflammatoires pendant 2 à 3 semaines ;
- ❖ Bains chauds.

### ❖ **Traitement de la prostatite chronique inflammatoire symptomatique**

Elle a le même traitement que les deux précédentes avec l'association d'anti-inflammatoire et antalgique.

Le cathéter sus-pubien est placé en cas de rétention d'urine.

#### **9-4- Traitement chirurgical :**

- Soit une cervicotomie endoscopique simple
- Soit une résection prostatique qui s'applique à la prostate craniale ; les calcifications devront être éliminées avec l'aide du resecteur. Ces interventions entraînent une éjaculation rétrograde d'où le risque de stérilité qui doit être tenu en compte surtout quand le sujet est jeune. Ainsi il faudra examiner la ou les partenaires à la recherche de l'infection récidivante.

## **9-5-EVOLUTION**

### **9-5-1-Evolution spontanée**

Elle est faite de poussées subaiguës entrecoupées de périodes de remission totale ou partielle. [28 ; 29]

Des complications peuvent survenir à type d'abcès prostatiques, de rétention aigue d'urine, de sepsis systémique, cystite récidivante, d'épididymite, de pyélonéphrite ou de sclérose du col vésical avec sa menace sur la miction et secondairement sur l'appareil urinaire supérieur.

### **9-5-2-Evolution sous traitement**

Elle est généralement favorable mais les récides ne sont pas exceptionnelles liées à la difficulté de stériliser totalement les foyers infectieux prostatiques (réaction scléreuse gênant la pénétration des antibiotiques dans les calcifications prostatiques infectées). La guérison définitive est obtenue dans un cas sur deux.

# **METHODOLOGIE**

## II. METHODOLOGIE :

### I-CADRE D'ETUDE

Notre étude a été réalisée dans le service d'Urologie du Centre Hospitalo-Universitaire Gabriel TOURE.

#### 1- **Situation géographique :**

Le CHU Gabriel TOURE a été créé en 1957 sous le nom de dispensaire central. Il est situé dans le quartier commercial de BAMAKO en plein centre-ville. Son accès est très facile, ce qui explique une grande affluence. CHU Gabriel TOURE est l'un des 4 grands Hôpitaux nationaux de 2<sup>eme</sup> référence du Mali. A ce jour l'Hôpital renferme 24 services techniques dont 20 services et 4 services d'administratifs.

Les services techniques :

- Le service de Pédiatrie ;
- Le service de Gynécologie Obstétrique ;
- Le service de Gastro-Entérologie ;
- Le service de Cardiologie ;
- Le service de Chirurgie générale ;
- Le service d'accueil des Urgences ;
- Le service d'Anesthésie et Réanimation ;
- Le service d'Urologie ;
- Le service de Traumatologie-Orthopédique ;
- Le service de Chirurgie infantile ;
- Le service de Radiologie ;
- Le service d'ORL ;
- Le service de Diabétologie ;
- Le laboratoire d'analyses biomédicales ;
- La pharmacie hospitalière ;
- Le service de Dermatologie ;
- Le service de Neurologie ;
- Le service de Neurochirurgie ;
- Le service de kiné ;
- Le service de Morgue.

Les services administratifs :

- La direction générale
- L'agence comptable ;
- Les ressources humaines ;
- Le service social ;
- La maintenance.

## 2- Les locaux du service d'urologie :

- ✚ Service : c'est en 1984 que le service d'urologie a vu le jour. Il était rattaché à la chirurgie générale et n'avait que 4 lits d'Hospitalisation. Aujourd'hui, le service dispose 5 salles, comportant 14 lits d'Hospitalisation.
- ✚ Activités du service : Le service est organisé de la façon suivante : les consultations externes, les blocs opératoires, les gardes, les visites et la formation des étudiants en santé.
  - ❖ Consultations externes : 4 jours par semaine du lundi au jeudi.
  - ❖ Interventions chirurgicales : 2 jours par semaine (Mardi et Mercredi)
  - ❖ Gardes : Tous les jours, assurées par un DES, un étudiant faisant fonction d'interne, un infirmier de santé ou un aide-soignant et un garçon de salle.
  - ❖ Encadrement des étudiants des différentes écoles de formation en santé tous les jours et aussi un exposé par semaine.
  - ❖ Visites des malades hospitalisés : Tous les jours par le médecin qui n'est pas de bloc opératoire ; une visite générale tous les Lundis et Vendredis.
  - ❖ Consultations d'urgence : Tous les jours
  - ❖ Participation au staff de chirurgie : Tous les vendredis.

### **3- Le personnel :**

Le service comprend : deux Médecins à savoir : un urologue Maître-assistant, un urologue praticien hospitalier ; 11 étudiants faisant fonction d'interne, des externes, un technicien assistant médical (Major du service), un technicien de santé, quatre techniciens de santé, trois aides-soignantes, deux garçons de salle.

Les consultations externes sont assurées par chacun des Médecins à tour de rôle ainsi que la formation des étudiants et chacun d'eux a un jour de bloc opératoire.

### **4- Type Et Durée D'étude**

Il s'agit d'une étude prospective effectuée dans le service d'urologie du Centre Hospitalo-Universitaire Gabriel TOURE pendant une période allant du 02 Février 2019 au 26 Juin 2020, soit 16 mois.

### **5- Echantillonnage :**

Il s'agit de tous les patients qui ont consulté pour une inflammation chronique de la glande prostatique évoluant depuis 3 mois au moins.

### **6- Critère d'inclusion :**

Ont été inclus dans notre étude tous les patients consentants ayant :

- ✓ Une prostatite chronique avec des signes cliniques et des examens complémentaires.
- ✓ Suivi régulièrement.

### **7- Critère de non inclusion :**

Sont exclus de notre étude les patients :

- ✓ N'ayant pas donné leur accord ;
- ✓ Ayant un dossier incomplet ;
- ✓ N'ayant pas suivi régulièrement le traitement.
- ✓ Qui avaient une prostatite aiguë.

#### **8- Critère de guérison :**

Ont été considérés comme guéris, tous les patients ne présentant aucun signe clinique de prostatite chronique à la fin du traitement.

#### **9- Paramètres d'études :**

Ont été étudiés : l'âge, la profession, le statut matrimonial, le traitement antérieur, le motif de consultation, les antécédents médicaux/urologiques, les troubles urinaires et sexuels, le toucher rectal, l'examen cyto bactériologique des urines, test de meares et stamey, la liste des antibiotiques utilisés, association antibiotique standard, durée du traitement, critère de guérison.

#### **10- Plan de collecte des données :**

Un questionnaire a été établi pour chaque patient. Les supports utilisés comme sources de données sont :

- Le registre de consultation
- Les dossiers médicaux.

#### **11- Saisie des données :**

La saisie des données a été effectuée sur le logiciel Word 2016.

L'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel SPSS 20.

## 12-Aspects éthiques :

### ➤ Valeurs sociales :

Cette thèse en tant que telle peut avoir un impact sur la société, car elle permettra à la population de savoir :

- Ce que c'est que la prostatite chronique
- Que cette maladie peut être responsable de trouble érectil et même de stérilité, qui est un véritable problème social, de ce fait il leur faut consulter par un urologue en cas d'infection urinaire récidivante.

### ➤ Valeurs scientifiques :

Cette étude permettra aux professionnels de la santé et aux étudiants de :

- S'informer davantage sur les prostatites chroniques.
- De mieux connaître les complications dues à la prostatite chronique, afin de chercher des moyens pour prévenir ou réduire le risque de survenue.

### 🚫 Confidentialité et anonymat :

L'enquête a été faite sous le consentement de tous les patients, tout en les rassurant qu'elle sera faite dans la confidentialité et que leur adresse complète ne sera pas prise en compte.

# **RESULTATS**

### **III. RESULTATS**

#### **1- EPIDEMIOLOGIE**

1.1- **Fréquence** : Au cours de notre étude, 7266 patients ont été vus en consultation dans le service parmi lesquels 326 souffraient d'affections prostatiques ; 106 présentaient une prostatite chronique, soit 32,51% des affections prostatiques et constituaient 1,46% de l'ensemble des consultations.

#### **1.2- Données sociodémographiques :**

##### **1.2.1-Age :**

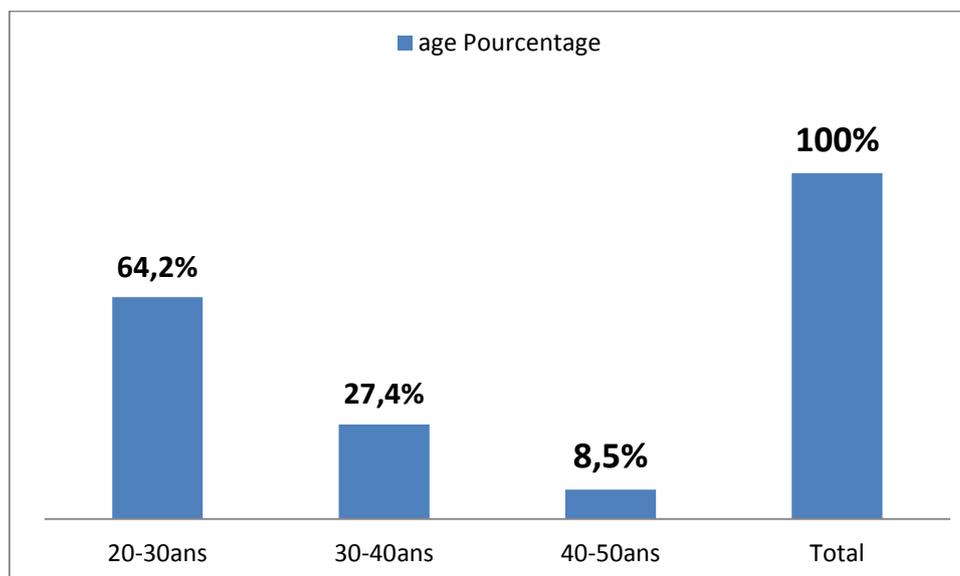


Figure 12 : Répartition des patients selon la classe d'âge.

Soit 64,2% de nos patients avait un âge compris entre 20 et 30 ans. La moyenne d'âge était de 25 ans.

### 1.2.2- Nationalité :

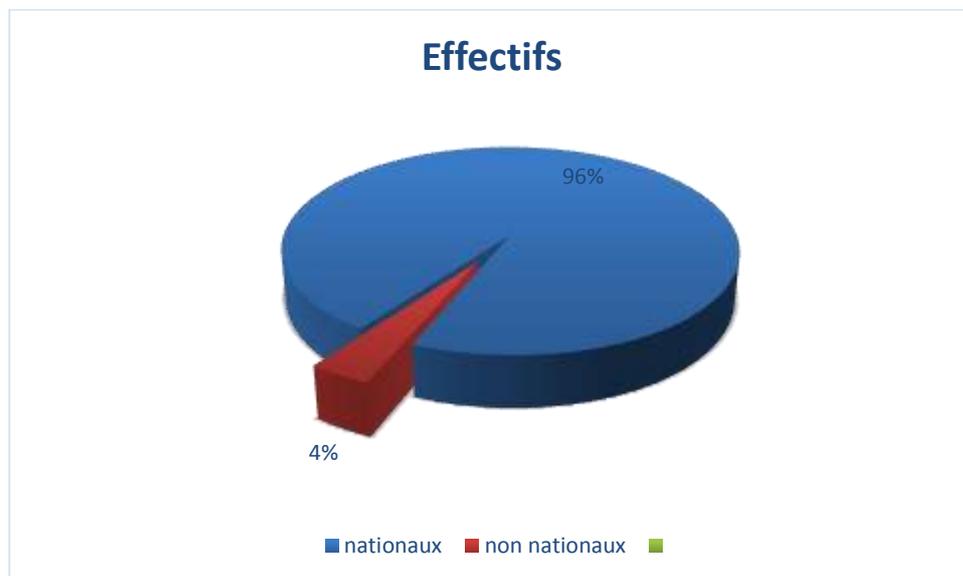


Figure 11 : Répartition des patients selon la nationalité.

Soit 96 % de nos patients avaient la nationalité malienne.

### 1.2.3- Niveau intellectuel :

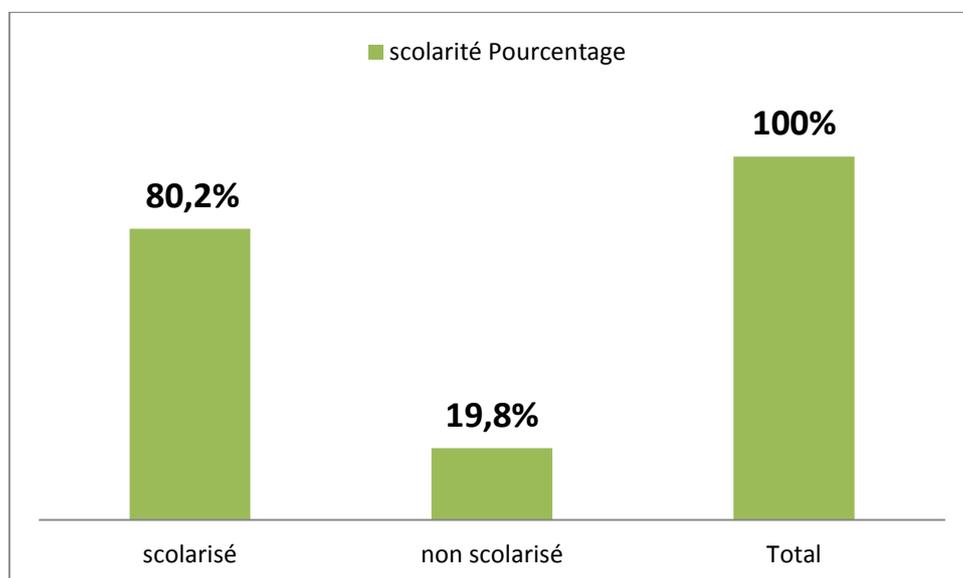


Figure13 : Répartition des patients selon le niveau intellectuel.

Les patients scolarisés représentaient 80,2%.

#### 1.2.4- Provenance :

Tableau IV : Répartition des patients selon le lieu de résidence des patients.

Résidence	Effectifs	Pourcentage
<b>Bamako</b>	<b>89</b>	<b>84,0</b>
Autres villes	17	16,0
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100,0</b>

La grande majorité de nos patients venait de Bamako avec 101/106 cas soit 84%.

#### 1.2.5- Profession :

Tableau V : Répartition des patients selon la profession des patients.

Profession	Effectifs	Pourcentage
<b>Etudiant/Elève</b>	<b>27</b>	<b>25,5</b>
Chauffeur	9	8,5
Enseignant	12	11,3
Commerçant	18	17,0
Autre	40	37,7
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100,0</b>

Les élèves/étudiants étaient les plus touchés avec 27/106 cas soit 25,5%.

### 1.2.6- Statut matrimonial :

Tableau VI : Répartition des patients selon le statut matrimonial des patients.

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentage
marié	58	54,7
célibataire	48	45,3
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100,0</b>

Nos patients étaient majoritairement mariés avec 58/106 cas, soit 54,7%.

### 1.2.7- Mode de recrutement :

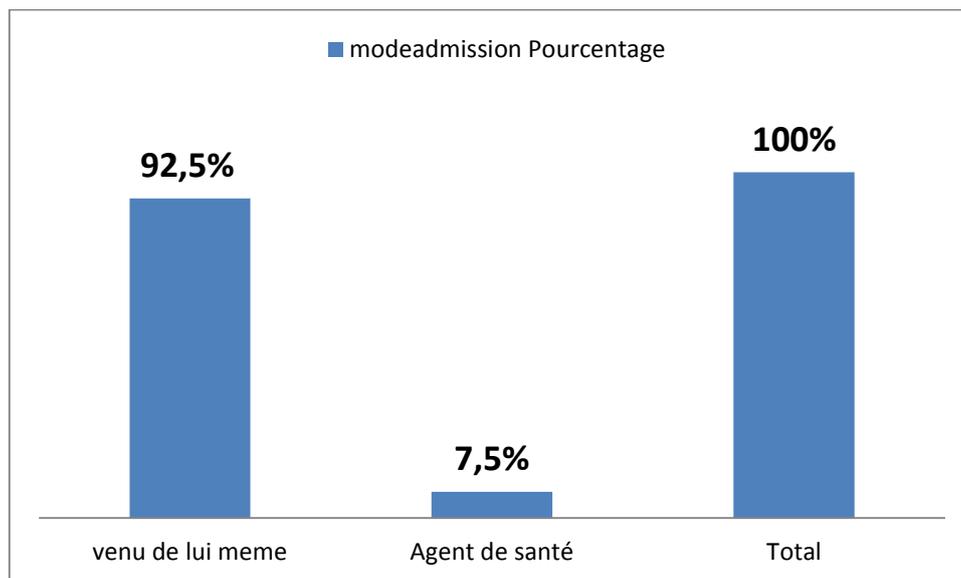


Figure 14 : Répartition des patients selon le mode de recrutement.

Soit 92,5% de nos patients sont venus d'eux même.

### 1.2.8 Ancienneté des troubles

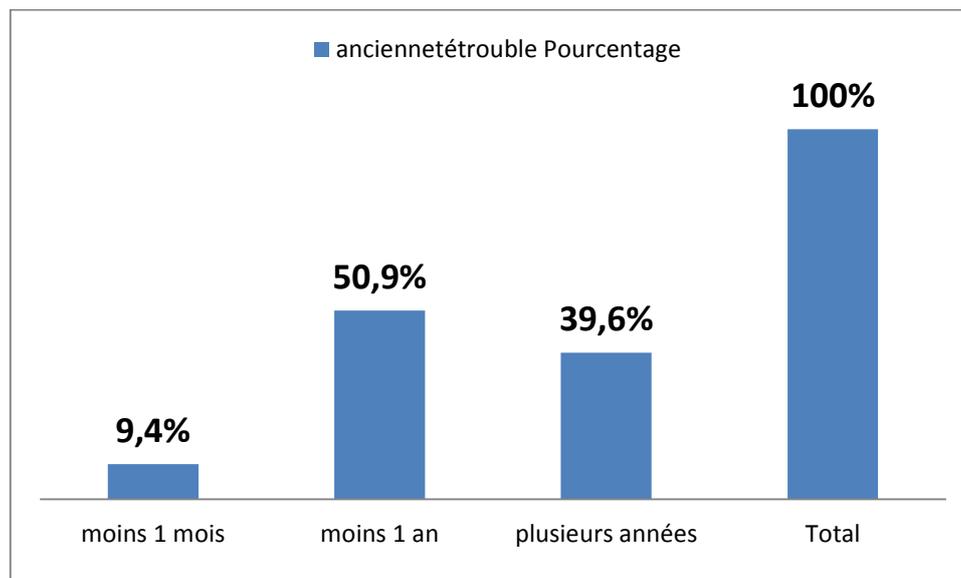


Figure 15 : Répartition des patients selon l'ancienneté des troubles.

L'ancienneté des troubles a varié de plus 1 mois à 3 ans+ avec 50,9% entre 1 à 3 ans.

### 1.2.9. Nombre de consultation

Tableau VII : Répartition des patients selon le nombre de consultation.

Nombre de consultation	Effectifs	Pourcentage
1 <sup>ere</sup> consultation	25	23,6
<b>2<sup>eme</sup>consultation</b>	<b>39</b>	<b>36,8</b>
3 <sup>eme</sup> consultation	33	31,1
+3 consultation	9	8,5
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100,0</b>

Soit 36,8% de nos patients étaient à leur 2<sup>ème</sup> consultation.

### 1.2.9. Traitement antérieur

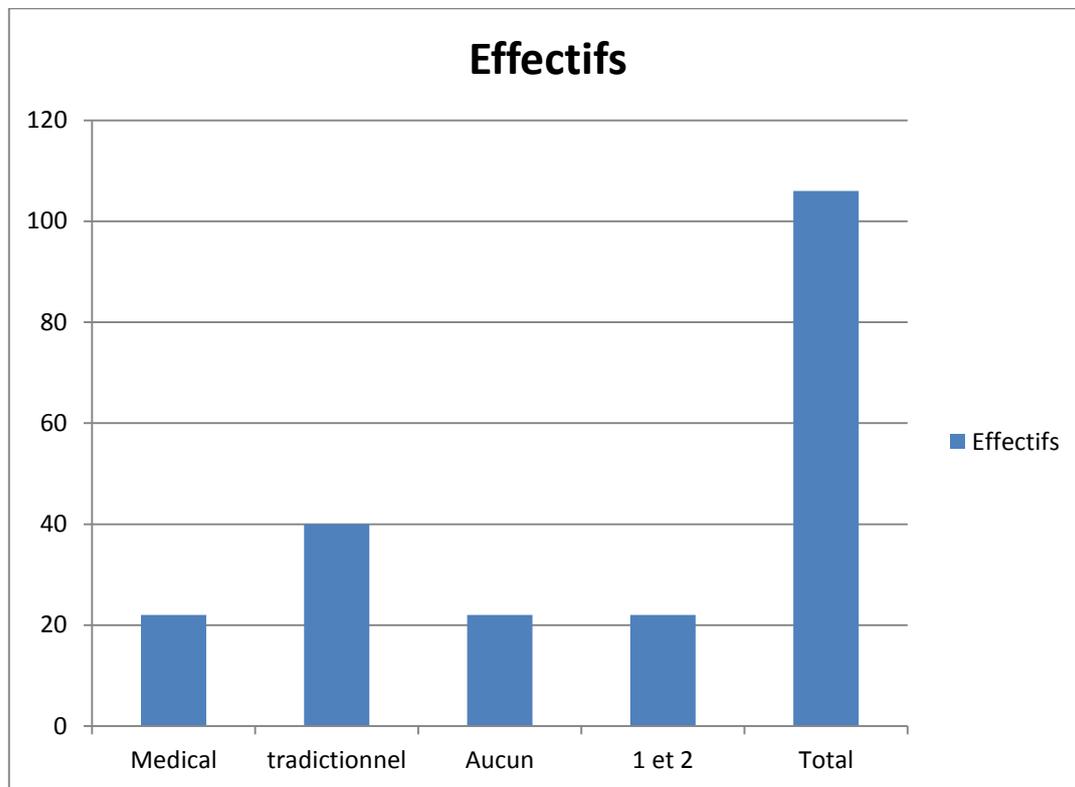


Figure 16 : Répartition des patients selon le traitement antérieur.

Soit 37,7% de nos patients avaient reçu le traitement traductionnel avant la consultation en urologie.

## 2-**DONNEES CLINIQUES** :

### 2.1- **Motif de consultation**

Tableau VIII : Répartition des patients selon le motif de consultation.

<b>Motif de consultation</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Ecoulement urétral	41	38,7
<b>Ejaculation précoce</b>	<b>53</b>	<b>50,0</b>
Brulure mictionnelle	2	1,9
Picotement urétral	5	4,7
Goutte retardataire	5	4,7
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100,0</b>

On a constaté une prédominance de l'éjaculation précoce avec 53 cas soit 50%.

### 2.2- **Antécédents médicaux**

Tableau IX: Répartition des patients selon leurs antécédents médicaux/urologiques

<b>Antécédents</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Bilharziose</b>	<b>54</b>	<b>50,9</b>
IST	31	29,2
Urétrite	13	12,3
Diabète	4	3,8
Drépanocytose	1	0,9
Aucun	3	2,8
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100,0</b>

La bilharziose était prédominante avec 54/106 cas soit 50,9%.

### 3-**SIGNES CLINIQUES** :

#### 3.1- **Troubles urinaires**

Tableau X : Répartition des patients selon les troubles urinaires.

<b>Troubles urinaires</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Dysurie	12	11,3
Pollakiurie	1	0,9
Picotement urétral	15	14,2
Goutte retardataire	17	16,0
Brulure mictionnelle	24	22,6
<b>Écoulement urétral</b>	<b>33</b>	<b>31,1</b>
Autres	4	3,8
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100,0</b>

L'écoulement urétral était le trouble urinaire prédominant avec 33 cas, soit 31,1%.

#### 3.2- **Troubles sexuels**

Tableau XI: Répartition des patients selon les troubles sexuels.

<b>Trouble sexuel</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Trouble d'éjaculation</b>	<b>61</b>	<b>57,5</b>
Trouble érectile	16	15,1
Trouble de la fertilité	12	11,3
Autres	17	16,0
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100,0</b>

L'éjaculation précoce était le trouble sexuel prédominant avec 61/106 cas soit 57,5%.

NB : Un patient pouvait avoir un ou plusieurs troubles sexuels.

### 3.3. L'âge et troubles sexuels

Tableau XII : Répartition des patients selon l'âge et les troubles sexuels.

Age	Troubles sexuels		Total		
	1seul		Plusieurs		
	n	%	n	%	
<b>20 à 30</b>	<b>59</b>	<b>61,46</b>	<b>9</b>	<b>90</b>	<b>68</b>
31 à 40	29	30,21	0	0	29
41 à 50	8	8,33	1	10	9
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>106</b>

Khi2 = 4,19

P= 1,30

La tranche d'âge 20 à 30 ans était la plus touchée avec 61,46%, pour ceux qui avaient un seul trouble sexuel, et 90% pour ceux qui avaient plus d'un trouble sexuel.

### 3.4. L'âge et troubles de l'éjaculation

Tableau XIII : Répartition des patients selon l'âge et les troubles de l'éjaculation.

Trouble de l'éjaculation	Positif		Négatif		Total	
	n	%	n	%		
<b>20 à 30</b>	<b>34</b>	<b>55,73</b>	<b>34</b>	<b>75,55</b>	<b>68</b>	
31 à 40	20	32,78	9	20	29	
41 à 50	7	11,47	2	4,44	9	
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>100</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>106</b>	

Khi2= 4,64

P= 0,16

Les troubles de l'éjaculation étaient prédominants dans la tranche d'âge 20-30 ans, soit 55,73%.

### 3.5. L'âge et les troubles de l'érection

Tableau XIV : Répartition des patients selon l'âge et les troubles de l'érection.

Trouble de l'érection	Positif		Négatif		Total	
	n	%	n	%		
Age						
<b>20 à 30</b>	<b>23</b>	<b>69,70</b>	<b>45</b>	<b>61,64</b>	<b>68</b>	
31 à 40	9	27,27	20	27,40	29	
41 à 50	1	3,03	8	10,96	9	
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>73</b>	<b>100</b>	<b>106</b>	

Khi2= 1,9

P= 0,27

Les troubles de l'érection étaient prédominants entre 20 et 30 ans soit 69,70%.

### 3.6. L'âge et les troubles de fertilité

Tableau XV : Répartition des patients selon l'âge et les troubles de fertilité.

troubles de fertilité	Positif		Négatif		Total	
	n	%	n	%		
Age						
<b>20 à 30</b>	<b>6</b>	<b>50</b>	<b>62</b>	<b>65,96</b>	<b>68</b>	
31 à 40	4	33,33	25	26,60	29	
41 à 50	2	16,67	7	7,44	9	
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	<b>106</b>	

Khi2 : 1,66

P : 0,36

Les troubles de fertilité étaient prédominants dans la tranche d'âge 20-30 ans soit 50%.

#### 4-**SIGNES PHYSIQUES**

##### 4.1- **Palpation**

Tableau XVI : Répartition des patients selon la palpation.

<b>Palpation</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Douleur pelvienne	15	14,15
Douleur lombaire	12	11,32
Douleur testiculaire	20	18,86
<b>Douleur hypogastrique</b>	<b>59</b>	<b>55,66</b>
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100,0</b>

Soit 55,66% de nos patients avaient une douleur hypogastrique à la palpation.

## 5- **EXAMENS PARACLINIQUES**

### 5.1 Examen cyto bactériologique des urines + antibiogramme (ECBU+ATB)

Tableau XVII : Répartition des patients selon L'ECBU + ATB.

<b>ECBU+ATB</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Positif	11	10,4
<b>Négatif</b>	<b>89</b>	<b>84,0</b>
Non fait	6	5,7
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100,0</b>

La culture était négative chez 89 patients soit 84%.

Nous avons trouvé 11 cas de prostatites chroniques bactériennes, soit 10,4%.

### 5.2. Aspect microscopique des urines

Tableau XVIII : Répartition des patients en fonction de l'aspect microscopique des urines.

<b>Leucocyturie</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Supérieure à 10/ml</b>	<b>35</b>	<b>33,0</b>
Inférieure à 10/ml	65	61,3
Examen non fait	6	5,7
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100,0</b>

Hyperleucocyturie était présentée chez 35 patients soit 33%.

### 5.3. Test de MEARES et STAMEY

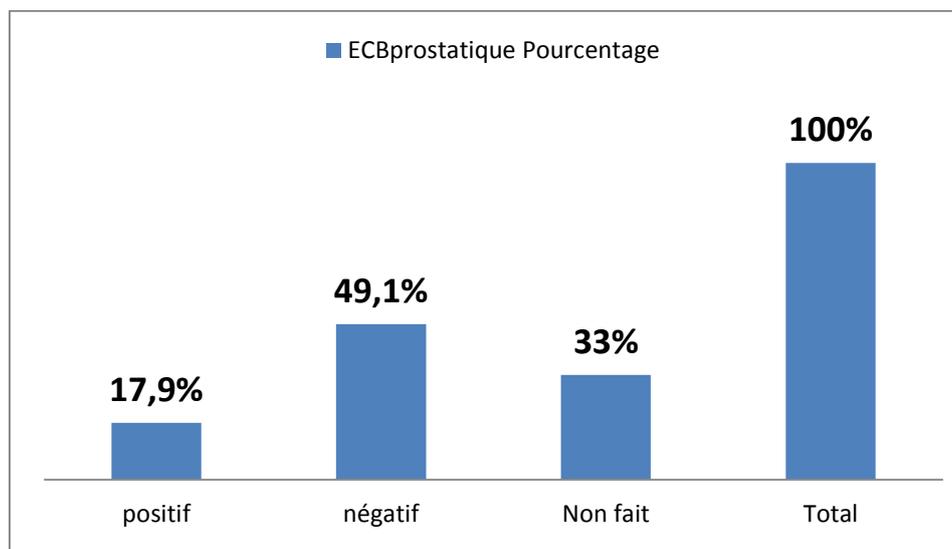


Figure 17 : Répartition des patients selon les germes mis en évidence au prélèvement du MEARES et STAMEY.

La culture était négative chez 52/106 patients soit 49,1%.

Nous avons trouvé 19 cas de prostatites chroniques bactériennes soit 17,9%.

### 5.4. ECBU + ATB ET/OU LE TEST DE MEARES ET STAMEY

Tableau XIX : Répartition des patients selon les germes mis en évidence à l'ECBU+ATB et/ou le test du MEARES et STAMEY.

Germes	Effectif	%
E. coli	10	9,4
Chlamydiae. T	12	11,3
N. Gonorrhée	5	4,7
Streptococcus	4	3,8
Klebsiela	3	2,8
<b>Stérile</b>	<b>72</b>	<b>67,9</b>
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100,0</b>

La culture était négative chez 72/106 patients, soit 67,9%.

Dans ce cas nos patients étaient mis directement sur Levofloxacin.

## 6. TRAITEMENT MEDICAL

### 6.1. Germes et leur sensibilité

Tableau XX : Répartition des patients selon les germes isolés et leur sensibilité aux ATB utilisés.

Germes retrouvés	Antibiotiques							Total	%
	Levofl	Dox	Cipro	Azith	Oflo	Nor	A.ac		
<i>E. coli</i>	0	0	5	2	2	1	0	10	9,43
<i>Chlamydia.T</i>	0	9	1	1	1	0	0	12	11,32
<i>Gonocoque</i>	0	1	1	0	2	0	1	5	4,72
<i>Streptococc</i>	0	0	2	0	1	1	0	4	3,77
<i>Klebsiela</i>	0	0	1	1	0	0	1	3	2,83
Stérile	70	0	0	0	0	2	0	72	67,92
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

La *Cipro+Doxy* ont été les antibiotiques les plus utilisés en fonction de la sensibilité des germes, soit respectivement 18,86%.

### 6.2- Antibiotiques utilisés :

Tableau XXI : Liste des différents antibiotiques utilisés au cours de notre étude.

Antibiotiques	Effectifs	Pourcentage
<i>Levofloxacin</i>	70	66,0
<i>Doxycycline</i>	10	9,4
<i>Ciprofloxacine</i>	10	9,4
<i>Azithromycine</i>	4	3,8
<i>Ofloxacine</i>	6	5,7
<i>Norfloxacine</i>	4	3,8
<i>Amoxi ac</i>	2	1,9
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100,0</b>

*Levofloxacin* était la molécule la plus utilisée avec un taux de 70/106 cas soit 66%.

### 6.3. Guérison et antibiotiques utilisés :

Tableau XXII : Répartition des patients selon la guérison et les ATB utilisés.

Guérison	Antibiotique							Total	%
	<i>Levofl</i>	<i>Dox</i>	<i>Cipr</i>	<i>Azithr</i>	<i>Oflox</i>	<i>Norfl</i>	<i>A. ac clav</i>		
Oui	45	7	8	2	5	3	1	71	66,98
Non	25	3	2	2	1	1	1	35	33,02
Total	70	10	10	4	6	4	2	106	100

Khi2= 2,63

P= 1,39

L'ATB, le plus utilisé en fonction des résultats de l'ECBU et/ou le test du Meares et Stamey, était *levofloxacin* avec un taux de guérison de 45/70 patients soit 64,28% ensuite vient l'association *Cipro+Doxy* avec 15/20 patients soit 75%.

#### 6.4. Associations antibiotique, anti-inflammatoire, antalgique :

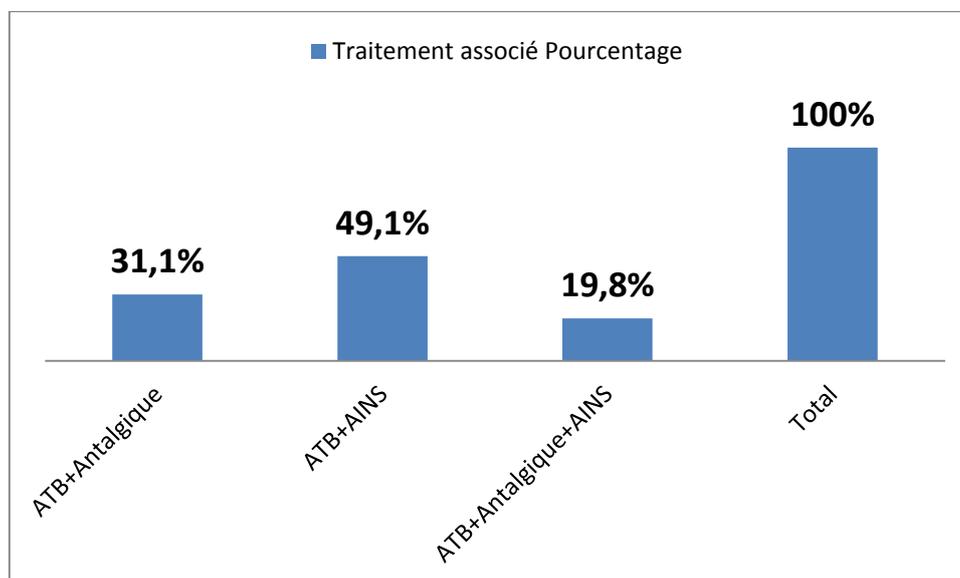


Figure 18 : Répartition des patients en fonction des associations antibiotique, anti-inflammatoire, antalgique.

L'association la plus utilisée était ATB+AINS avec un taux de 52/106 patients soit 49,1%.

#### 6.5. Association et guérison :

Tableau XXIII : Répartition des patients en fonction de l'association et la guérison.

Guérison	Association			Total	%
	Antibiotique +Antalgique	Antibiotique +Anti-inflammatoire	Antibiotique+Antalgique +Anti-inflammatoire		
Oui	19	35	16	70	66,04
Non	14	17	5	36	33,96
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>52</b>	<b>21</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Khi2 : 2,05

P= 0,06

L'association antibiotique et anti-inflammatoire a donné un bon résultat chez 35/52 patients, soit 66,04%.

### 6.6. Durée du traitement :

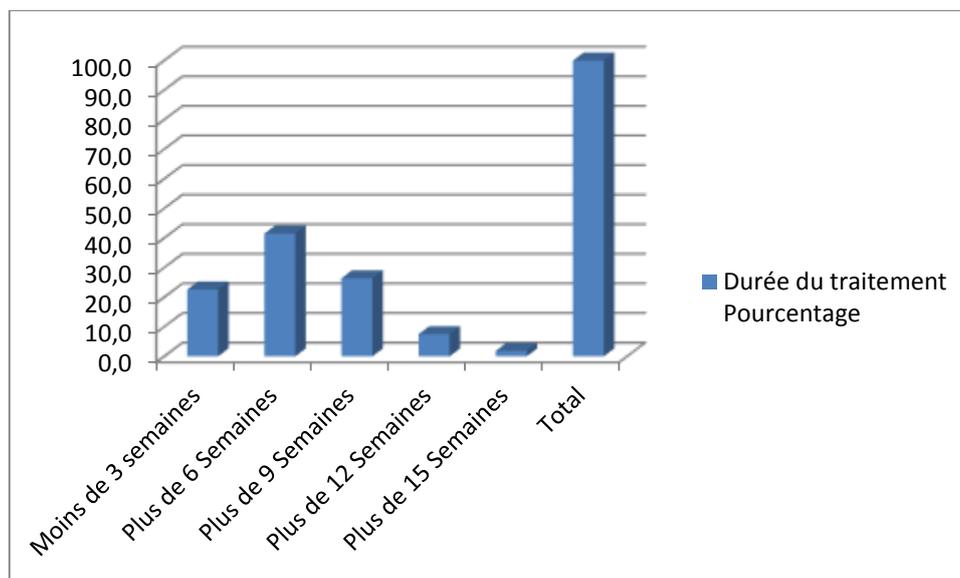


Figure 19 : Répartition des patients selon la durée du traitement

Soit 41,5% de nos patients ont bénéficié un traitement de 6 semaines.

### 6.7. Résultat du traitement :

Tableau XXIV : Répartition des patients selon le résultat du traitement

Guérison	Effectifs	Pourcentage
Oui	71	67,0
Non	35	33,0
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100,0</b>

Ont été considérés comme guéris, tous les malades ne présentant aucun signe clinique de prostatite chronique à la fin du traitement.

Nous avons constaté un taux de guérison de 71/106 patients, soit 67%.

**COMMENTAIRES**  
**ET**  
**DISCUSSIONS**

#### **IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

##### **COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

###### **1-Epidémiologie**

Dans notre étude, la prostatite chronique représente 32,51% des affections prostatiques chez les sujets jeunes et 1,46% de l'ensemble des consultations durant la période d'étude.

- La tranche d'âge la plus touchée était celle comprise entre 25 à 30 ans avec 64,2% des cas. Ce résultat est inférieur à celui trouvé par Togola I. [31] qui trouve un âge compris entre 21 à 40 ans avec 76,6%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que dans notre série, nous avons exclus des patients porteurs de l'adénome de la prostate, ou de cancer ou hyperplasie de la prostate. Ceux-ci étant plus fréquents chez les patients au-delà de cinquante ans.
- Les hommes mariés ont été les plus nombreux avec 58/106 cas, soit 54,7%. Togola I [31] et Malle K. [34] ont rapporté respectivement 78,5% et 64,1% des cas de célibataires. Cette fréquence élevée chez les hommes mariés pourrait s'expliquer dans la majorité des cas, soit par l'instabilité des jeunes mariés, soit par leurs partenaires multiples.
- Les élèves/étudiants représentaient 25,5% de cas de notre effectif. Cette fréquence a été de 39,3% et 35,9% respectivement dans l'étude de Togola I. [31], et de Malle K. [34]

La fréquence élevée de la prostatite chronique chez les élèves/étudiants pourrait s'expliquer par le fait que cette couche semble être exposée à des IST et une infection urinaire mal traitée ou récidivante peut être responsable d'une prostatite chronique.

- La majorité de nos patients sont venus d'eux-mêmes en consultation, soit 86,8 % contre 92,5% de cas pour Togola I. [31]
- Le motif de consultation était donné par l'éjaculation précoce qui représentait 50% de cas contrairement dans l'étude de Togola I et Malle K, ont rapporté respectivement 29,91% et 46,9 % de cas de dysurie. [31]

Cette éjaculation précoce pourrait s'expliquer par l'inflammation prostatique. Il est important de faire un examen de la prostate avant d'initier le traitement contre l'éjaculation précoce.

- La majorité de nos patients résidait dans le district de Bamako, soit 84% contre 85,98% pour Togola I. [31]

Ceci s'explique par l'exode rural massif des jeunes, soit à la recherche de capitaux, soit pour les études ; étant donné que les grandes écoles sont à Bamako.

## **2- les antécédents**

Plus de la moitié des patients soit 50,9% ont eu la bilharziose à un moment donné de leur vie. Togola I et Malle K [35] en 2007- 2008, ont trouvé respectivement 55,14 % et 53,1% de cas de bilharziose.

Cette différence nette s'explique par le fait que la bilharziose sévit à l'état endémique au Mali. L'incrimination de la bilharziose dans les causes de prostatites est confirmée par Mardh P. et Collen S. [29] en 1975 en Suede.

- L'urétrite gonococcique a été diagnostiquée dans 12,3% de cas contre 19,62 % chez Togola I. [31] et 4,7% chez Malle K [34].

Meares et Stamey en 1968 [32] ont trouvé que 70% de cas de prostatites étaient causées par l'urétrite gonococcique.

### 3- Etude clinique

Les signes d'appel sont variés : tantôt spécifiques : éjaculation précoce, écoulements urétraux tenaces, algies pelvi-périnéales, douleur lors de l'éjaculation ou de l'érection, tantôt non spécifiques : troubles mictionnels, dysurie et pollakiurie

- L'éjaculation précoce est retrouvée dans 50% des cas, contre 13,8% de cas pour Togola I. [31] et 10,9% de cas pour Malle K. [34]
- Ecoulement urétral représente 31,1% dans notre étude contre 25,23% de cas pour Togola I. [31].

Ces données confirment les hypothèses selon lesquelles la symptomatologie urinaire demeure fréquente au cours de la prostatite chronique.

- Dysurie est retrouvée dans 11,3% de cas dans notre série d'étude, contre 29,91% de cas pour Togola I et 46,9% de cas pour Malle K.

Ce taux relativement faible de la dysurie dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait que beaucoup de nos patients avaient subi un traitement antérieur (antibiotiques ou anti-inflammatoires) avant de venir en consultation spécialisée.

- La douleur du bas ventre était présente chez 59 Patients, soit un taux de 55,7% de cas, contre 30% et 48,4% respectivement pour Togola I. et Malle K.
- La douleur lombaire représentait 9% de cas, contre 64% pour Togola I. et 7,8% pour Malle K.
- La douleur testiculaire est retrouvée chez 11 Patients, soit 10,4%, contre 24,3% de cas pour Togola I [31] et 10,9% pour Malle K [34].

Cette différence pourrait s'expliquer par la prise d'anti-inflammatoire avant la consultation spécialisée.

- La douleur à l'éjaculation est signalée par 13 Patients, soit 12,3%, contre 20% des cas pour Togola I [31] et 15,6% pour Malle K [34].

#### 4- L'examen physique

- Au Mali, le TR est un bon examen d'orientation diagnostique de la prostatite dans plus de 70% des cas, un TR normal n'exclut pas le diagnostic d'une prostatite.
- Ecoulement du liquide prostatique était retrouvé chez 6 patients, soit 5,7% de cas, contre 63,55% de cas pour Togola I. [31]
- Le TR était douloureux dans 81,1% de cas, contre 36,45% et 15,6% de cas respectivement dans l'étude de Togola I [31] et de Malle K [34].

#### 5- les examens complémentaires :

- ❖ **ECBU et SPE (sécrétion prostatique)** : Ils posent le diagnostic positif des prostatites. Cependant leur négativité ne doit pas exclure le diagnostic d'une prostatite.

La négativité des tests chez nous, peut être due au fait que les germes sont décapités par la prise d'antibiotique sans antibiogramme, ou ce sont des germes à multiplication intracellulaire.

Par contre en Europe, la négativité des tests se rencontre très généralement au cours des prostatites chroniques ou en cas de récurrence.

Au cours de notre étude 33% des patients avaient une leucocyturie supérieure à 10000/mm<sup>3</sup>, en faveur d'une prostatite chronique inflammatoire, contre 32% de cas pour Togola I. [31]

Cette différence s'expliquerait par la prise d'antiinflammatoire par les patients avant de venir en consultation spécialisée.

Ainsi nous avons trouvé des germes chez 32%, de nos patients. Ce faible taux de test positif, s'explique par le fait que la grande majorité de nos patients ont subi, une antibiothérapie antérieure ayant décapité l'infection, en rapport avec la vente illicite des médicaments.

*Chlamydiae trachomatis* a été retrouvé dans 11,3% de cas et *Escherichia coli*, 9,4% de cas, contre 3,74% de cas d'*Escherichia coli* pour Togola I. [31].

Ces germes se propagent tout au long de l'arbre urinaire et infectent la prostate par la voie descendante à partir des reins et la vessie et aussi par la voie ascendante par l'infection urétrale (sondage vésical, cystoscopie).

### ❖ **Echographie vesico-prostatique**

Elle peut être nécessaire à la recherche d'une augmentation du volume ou de résidu postmictionnel ou calcification de la prostate. Dans notre étude l'échographie n'a pas été réalisée par manque de moyen des patients.

## **6-TRAITEMENT :**

Le traitement de la prostatite chronique est long, difficile, décevant et rarement radical.

Tous les patients ont bénéficié d'un traitement d'associant antibiotique et anti-inflammatoire non stéroïdien ou antalgique. La prescription de l'antibiotique était conforme en général à l'antibiogramme, mais aussi en fonction de la bonne diffusion prostatique.

Après l'échec de la monothérapie, les patients sont mis directement sous bi-antibiotique, associé aux anti-inflammatoires ou antalgiques.

L'utilisation de *Doxycycline* 100 ou 200mg et *Ciprofloxacin*e 500mg chez 20 Patients a donné un taux de réussite de 75%, chez 15 patients ; avec *levofloxacin*e il a été enregistré un taux de réussite de 64,28% chez 45 patients, la littérature a beaucoup approuvé le résultat escompté de *levofloxacin*e dans le traitement des prostatites chroniques. Notre résultat se rapproche de celui obtenu par la littérature.

Des études menées en Amérique et en Espagne, respectivement avec des taux 70,2% pour Raz R. Et collaborateurs en 1994 [37], 71,3% pour Millan Rodriguez en 1995 [32], ont prouvé l'efficacité de *l'ofloxacin*e.

Enfin, sur 106 patients de notre étude 71 sont guéris soit 67% de cas, c'est-à-dire que ces malades ne présentent plus de signes cliniques contre 33% non guéris.

Ce résultat prouve à suffisance la difficulté du traitement de la prostatite chronique.

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

## **Conclusion et recommandations**

### **CONCLUSION**

Au terme de notre étude, nous avons constaté que la prostatite chronique est une affection très fréquente.

Les signes d'appel sont variés : tantôt ils attirent l'attention vers l'appareil génital (écoulements urétraux tenaces, algies pelvi-périnéales, douleur lors de l'éjaculation ou de l'érection), tantôt il s'agit de troubles mictionnels (dysurie et pollakiurie).

L'implication psychologique est à l'origine des dysfonctionnements sexuels. Mais il y a beaucoup d'incertitudes sur d'autres mécanismes éventuellement en cause.

L'ECBU et le test de Meares et Stamey permettent de mettre en évidence des prostatites chroniques bactérienne et/ou inflammatoire.

Les germes fréquemment rencontrés étaient : *E. coli*, *Chlamydiae* *Trachomatis*.

L'échographie vésico-prostatique permet aussi de mettre en évidence des images de calcifications prostatiques qui sont en faveur de la prostatite chronique.

Un protocole d'antibiothérapie consensuelle a été instauré en fonction de l'épidémiologie des germes retrouvés, associé à des AINS, antalgique ou alpha bloquant a été associé, s'il existe une persistance de la dysurie.

Au terme de notre étude, plus la moitié de nos patients ont eu satisfaction, c'est-à-dire ne présentaient plus de signes cliniques par contre, nous avons eu quelques cas d'échec.

Sa symptomatologie clinique souvent mal définie, son étiologie multiple, son traitement difficile, long et couteux sont autant de raisons pour s'intéresser à cette pathologie afin de mieux la cerner.

## **RECOMMANDATIONS**

### **1- Aux autorités sanitaires et politiques :**

- ✓ Renforcer la formation des personnels spécialisés (urologues, laborantins)
- ✓ Promouvoir une politique de sécurité sociale.
- ✓ Rendre plus performant le plateau technique au niveau des hôpitaux.
- ✓ Rendre accessibles les produits DCI pour tout patient souffrant de prostatite chronique.

### **2- Aux personnels socio-sanitaires.**

- ✓ Faire un interrogatoire minutieux de tout patient se plaignant d'asthénie sexuelle à la recherche de facteur favorisants.
- ✓ Faire toujours un TR à la fin de tout examen physique de malade.
- ✓ Demander toujours un ECBU et/ou le test de Meares et Stamey avec antibiogramme à tout patient présentant des signes urologiques pour éviter toute forme de résistance.
- ✓ Demander l'échographie vésico-prostatique à la recherche de calcifications.
- ✓ Faire un contrôle clinique et cyto bactériologique à l'issue du traitement des prostatites.
- ✓ Informer la population jeune à travers des IEC sur les dangers des IST.

### **3- Aux populations :**

- ✓ Se faire consulter par un spécialiste devant tout cas de trouble urinaire et/ou trouble sexuel récidivant.
- ✓ Eviter l'automédication qui est source de résistance.
- ✓ Etre observant pendant le traitement.

# **REFERENCES**

# **BIBLIOGRAPHIQUES**

## **VI - REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

### **1- Dana. A**

Atlas d'échographie de la prostate. Ed- Masson -Paris, 1992

### **2- A. Steg :**

Pathologie urogénitale de l'homme. 3<sup>e</sup> Ed Masson, Paris, 1978: 954p

### **3- Davis NG, Silberman M.**

23 janv. 2021 – In: StatPearls [Internet]. Ann Biol Clin Paris Oct

### **4- Daniels N.A, Link C.L, Barry MJ, Mckinlay J.B.**

Association between past urinary tract infections and current symptoms suggestive of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. J Natl Med Assoc. 2007 May, 99(5) :509-516

### **5- Janet H.**

Traitement de prostatites chroniques IV. Session de l'association française d'urologie, Paris ; 1898 : 317p

### **6- Jones S.R.**

Prostatitis as cause of anti-body-coated bacteria in urine. New. Engl. Med. 1974, 291: 365p

### **7- Debré B; Lande P.**

Les prostatites aiguës et chroniques. Impact. Médecin, hebdo N°346-13.

### **8- Cornud F et AL.**

Imagerie de la prostate. Paris : Flammarion Médecine France, 1993, 104 pages.

### **9- Khoury S**

Anatomie endoscopique de la prostate : l'HBP en question SCI :  
éd. 1991 ; p: 29-30

### **10- Campus D'urologie – Collège Français Des Urologues**

Item 120 (Item 55) - Andropause; 2013

### **11-Devora Ruano O, Diego Garcia A, Hernando Real S.**

Acute bacterial prostatitis by *Ralstonia piskettii*: clinical and  
epidemiological considerations of exceptional observation. Med Clin (Barc).  
2009 Jul 18;133(7):277-8.

Inflammation of the prostate gland. J. Urol 1937, 38, P: 173-82.

### **12- MARTIN-DUPAN R.C.**

Les prostatitis asymptomatiques et stérilité du couple. Effet d'un traitement  
par la doxycycline Rundeh Med.1984, 73 :828-30.

### **13- Meares E.M. et Stamey T.A.**

Bactériologie localisation patterns in bacterial prostatitis and urethritis.

### **14- Mardh P.A. et Colleen S.**

Search for urogenital tract infections in patient with symptoms of  
prostatitis. Studies on aerobic and strictly anaerobic bacteria, mycoplasmas,  
fungi, trichomonas and virus. Scand. J. Urol. 1975, 9; P: 8-16.

### **15- Mangin P. et Fournier G.**

Prostatites. Encycl. Med. Chir Reins Organes Génitaux Urinaires 18520. 1986  
N°17P.

### **16- Gordon H.L. et Miller DH.**

Viral studies in patients with no specific prostatic urethritis.

J.1972, 108; P: 299-300.

**17- Navratil. H.**

Traitement des prostatites aiguës. Med. Maladies infectieuses 1991, 21,  
P : 138-41.

**18- Blacklock N.J.**

Les facteurs anatomiques des prostatites.

J. Urol; 1974 ; p : 46-47-54.

**19- Barsanti. J. Crowell.W et Fincod.**

Induction of chronic bacterial prostatitis in the dog.

J. Urol; 1982, 127:121P

**20- Vanderheyden.D.Et Cukier J.**

Les prostatitis aiguës et chroniques bactériennes non spécifiques.  
Etude sémiologique et thérapeutique à propos de 100 cas.

Actualité urologie Belgique.1975, 43, P : 434-5.

**21- Drabick, J.J, Gambel J.M.**

Prostatodynia in United Nations peace keeping forces in Haiti.

Military medicine 1987 juin, 162, p: 380-3.

**22- Cyril C. Wiggishoff.**

Les prostatites infectieuses. Ed. Afrique N°6, juin 1980

**23- Pechere J.C; L. Boccon Gibod; C. Chatelain.**

Pathologie infectieuse et parasitaire. S KHOURY.

Urol. Ed-Masson-Paris, 1986. P: 278-84

**24- Campus D'urologie – Collège Français Des Urologues**

Item 157 (Item 93)- infections urinaires de l'enfant et de l'adulte.  
Leucocyturie ; 2013

**25- Khoury S.**

Anatomie de la prostate, HBP en question SCI : ed. 1991. P : 23.28.29.30.

**26- Aderson R. U; Weller C.**

Etude des sécrétions prostatiques dans les prostatites non bactériennes  
J. Urol. 1979 ; 121 :292-4.

**27- Delavierre D, Sibert L, Labat J.J.**

Approche symptomatique des douleurs/prostatiques/chroniques et du syndrome douloureux pelvien chronique.

Prog Urol 2010 ; 20(12) : 940-953

**28-Jean Cibert, Jacques Cibert.**

Prostatite chronique : Abrégé d'urologie, Ed-Masson-Paris, 1984, Pag :247-8

**29- Chatelain C.H.**

La bilharziose urogénitale. J. Urol. 1977 ; 83 ; P: 291.

**30-Diallo Pathé. B.**

Aspect de la prostatite à l'HPG. Thèse de Médecine, Bamako, 1998, M 21

**31- Togola. I**

Prostatite chronique. Aspects épidémio-clinique et thérapeutique au service d'urologie de L'HGT. Thèse de Médecine, Bamako, 2008M557.

**32- Millan Rodriguez. F**

Management of acute prostatitis : expérience 84 patients. Mars 1995,48, p : 129-36.

**33- Mears E.M Et Stamey T.A.**

Bactériologie localisation patterns in bacterial prostatitis and urethritis.  
Invest. Urology. 1968.5. P : 492-519

**34- Korotimi Malle.**

Prostatite chronique. Aspects épidémio-clinique et thérapeutique au service d'urologie du CHUT. Thèse de médecine, Bamako, 2008M222.

**35- Thin R.N. Et Simmons P.D.**

Chronic bacterial prostatitis. J. Urol 1983, 55; p: 513-8

**36- Xing Jp, Fan Jh. Wang Mz.**

Survey of the prevalence of chronic prostatitis in men with premature Ejaculation. National journal of Andrology vol .9 n°06 September 2003.

**37- Raz. R.**

(Double blind study comparing 8-day regimen of cefexime and ofloxacin in

Treatment of the complicated urinary tract infection in women

Antimicrob, agents, chemother, 1994, 38, P : 1176-7)

**38- Chartier E.**

Urologie. Collection Med-line, Editions ESTEM, 2000, 271P

**39- Hamed Sylla.**

Cancer de la prostate de découverte fortuite au service d'Urologie du CHU GABRIEL TOURE : Une étude de 1380 pièces d'adénoméctomies. Thèse de Médecine, Bamako, 2020M151.

**40- Organes Genitaux Masculins**

fr.wikipedia.org

**41. Perlemuter L, Waligor J :**

Prostate, anatomie descriptive et rapports.

Cahier d'anatomie 3è Ed, Tome IV, 1975.

**42. Villier SA, Devonec M :**

Anatomie de la prostate. Ed. Techniques encycl.

Méd. Chir. Paris France. Néphrol.Urol.18-500-A 1p, 1993, p7.

## **Fiche d'enquête**

Questions 1 : Age : .....ans

Questions 2 : Lieu de résidence :

1- Ville 2- Autre ville

Questions 3 : Profession :.....

1-Fonctionnaire 2-Elève/Etudiant 3-Paysan/Eleveur 4- Chauffeur/Ouvrier  
5-Commerçant/tailleur

Questions 4 : Statut matrimonial : .....

1-Celibataire 2-Marié

Question 5 : Prise d'excitant : .....

1-Ne prend pas d'excitant 2-Alcool 3-Café 4-Thé 5-Cigarette 6- Prenant  
plusieurs excitant

Questions 6 : Motif de consultation : .....

1-Asthénie sexuelle 2-Ejaculation précoce 3-Douleur lombaire 4-Dysurie 5-  
prostatorrhée 6-Douleur lombaire + prostatorrhée 7-Douleur lombaire +  
dysurie 8-Dysurie + Prostatorrhée 9-Asthenie sexuelle + Dysurie

Questions 7 : Antécédent médico-urologiques :.....

1-N'ayant pas d'antécédent 2-Bilharziose urinaire 3-Uretrite 4-Cystite  
5-Diabète 6-Infection à VIH 7-Bilharziose + Cystite 8-Bilharziose + Urétrite

Questions 8 : Troubles urinaires :.....

1-Dysurie 2-dimuntion de la force du jet 3-Pollakiurie 4-Nycturie 5-Miction  
impérieuse 6-Prostatorrhée 7-Picotement urétral 8-Plusieurs troubles  
urinaires associés

Questions 9 : Troubles sexuels :.....

1-N'ayant pas de troubles 2-Baisse de la libido 3-Ejaculation Précoce 4-  
Erection Faible

Baisse de la libido + Erection faible 5-Baisse de la libido + Ejaculation  
précoce 6-Les trois troubles

sexuels associés

Questions 10 : Aspect microscopique de l'urine et du liquide prostatique  
:.....

1-Hématurie 2-Leucocyturie 3-Présence de cristaux 4-Polynucléaires  
altérés 5-Cellules épithéliales

Questions 11 : Syndrome douloureux :.....

1-Douleur à l'éjaculation 2-Douleur lombaire 3-Douleur pelvienne 4-  
Douleur testiculaire 5-Douleur pénienne 6-N'ayant pas de douleur

Questions 12 : Toucher rectal :.....

1-Douleur au TR 2-Ecoulement du liquide prostatique 3-Hypertrophie de la  
prostate 4-Prostate irrégulière 5-Plusieurs symptômes associés

Questions 13 : Aspects de l'urine :.....

1-Clair 2-Trouble 3-Jaune 4-Purulent 5-Hématique

Questions 14 : Les germes en cause :.....

1-Sterile 2-E.coli 3-Staphylocoques 4-Chlamydia Trachomatis 5-  
Klebsiella pneumoniae 6-Pseudomonas aeruginosa 7-Streptococcus sp. 8-  
Proteus mirabilis 9-Acinetobacter sp.

Questions 15 : Résultat de l'antibiogramme

Antibiotique : 1- Sensible 2- Intermédiaire 3-Résistance

Questions 16 : Echographie vésico-prostatique :.....

1-Prostate calcifiée 2-Prostate congestive 3-Prostate homogène 4-  
Epaissement de la paroi vésicale 5-Hypertrophie de la prostate 6-Prostate  
hétérogène.

Questions 17 : Antibiothérapie :.....

1-Cipro 2-Ofloxacin 3-Oxacilline 4-Amoxi+acide clav 5- Doxy 6- Erythro  
7-Acide nalidixi 8-Peni G

Questions 18 : Traitements associés :.....

1-Antalgique 2-Anti-inflammatoire 3- Décongestionnant pelvien 4-  
Anxiolytique 5- Massage prostatique

Questions 19 : Durée du traitement :.....

1-Trois semaines 2-Trois à douze semaines 3-plus de douze semaines

Questions 20 : Résultat du traitement :.....

1-Gueri 2-Non guéri 3-Abandon

Questions 21 : Complication :.....

1-Cystite récidivante 2-Cystalgie à urines claires 3-Sclérose du col 4-Pas de  
complication

**FICHE SIGNALETIQUE :**

Nom : BARRY                      Prénom : Amadou    Téléphone : 63.63.47.43

Présentée et soutenue par BARRY    Amadou                      ANNEE 2020-2021

Thèse de Médecine : Prostatite chronique : Aspects Cliniques, Paracliniques et Thérapeutiques chez les sujets jeunes au service d'urologie du C.H.U Gabriel Touré

Titre de la thèse : Prostatite chronique : Aspects Cliniques, Paracliniques et Thérapeutiques chez les sujets jeunes au service d'urologie du C.H.U Gabriel Touré du 02 Février 2019 au 26 Juin 2020. Année Universitaire : 2020-2021  
Pays d'origine : Mali Lieu de la soutenance : FMOS de Bamako Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS Secteur d'intérêt : Urologie HGT.

RESUME : Nous rapportons le résultat d'une étude prospective sur la prostatite chronique au service d'Urologie du CHU Gabriel TOURE allant du 02 Février 2019 au 26 Juin 2020, soit 16 mois portant sur 106 cas. Les résultats obtenus ont été les suivants : -La prostatite chronique représente 1,46% de l'ensemble des consultations en Urologie et 32,57% pour notre étude. L'âge de nos patients variait entre 20 et 30 ans, avec une moyenne de 25 ans et une classe d'âge dominante de 20 à 30 ans. Le motif de consultation était dominé par l'éjaculation précoce soit 50%. Les signes les plus rencontrés ont été : -Pour les troubles urinaires, écoulement urétral 31,1%. -Pour les troubles sexuels, les troubles de l'éjaculation ont été dominantes, soit 57,5%. -Pour les troubles algiques, les douleurs du bas ventre, testiculaires et pelviennes ont été des maîtres symptômes (55,7% ; 18,9% et 13,2%). -L'ECBU et l'épreuve de Meares et Stamey, ont mis en évidence quelques germes (34/106, soit 32,07% de prostatites chroniques bactériennes) et la présence de leucocytes (35/106, soit 33% de prostatite chroniques inflammatoires non bactériennes). -L'échographie prostatique permettre de mettre en évidence un grand nombre de calcifications prostatiques synonymes de prostatites chroniques.

Présentée et soutenue par BARRY Amadou                      ANNEE 2020-2021

Thèse de Médecine : Prostatite chronique : Aspects Clinique, Paracliniques  
et Thérapeutiques chez les sujets jeunes au service d'urologie du C.H.U  
Gabriel Touré.

-Les germes les plus fréquents étaient Chlamydiae Trachomatis et  
Escherichia coli. -Les fluoroquinolones ont été les plus utilisées au cours du  
traitement médical et associé à des anti-inflammatoires, antalgiques. A  
savoir que quelques échecs ont été constatés, soit 33%. Mots clés : clinique,  
paraclinique, thérapeutique, prostatite chronique, Bamako, Mali.

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !