

Direction Nationale de l'Enseignement Supérieur

Année 1998

N° 23

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

TITRE :

**ASPECTS DES PROSTATITES EN CONSULTATION
DANS LE SERVICE D'UROLOGIE DE L'HOPITAL NATIONAL
DU POINT "G" : 121 cas**

THESE:

*Présentée et soutenue publiquement le
la Faculté de médecine de pharmacie et d'Odonto-stomatologie*

Par

DIALLO PATHE BOUBACAR

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

JURY :

Président :	Professeur	SAMBOU SOUMARE
Membres :	Docteur	IBRAHIMA I. MAIGA
	Docteur	CHEICK CHERIF CISSE
Directeur de thèse :	Professeur	KALILOU OUATTARA

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 1996 - 1997

ADMINISTRATION

DOYEN : ISSA TRAORE - PROFESSEUR
1er ASSESSEUR : OUSMANE DOUMBIA - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
2ème ASSESSEUR : AMADOU DOLO - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
SECRETAIRE GENERAL : BAKARY CISSE - MAITRE DE CONFERENCE
ECONOME : MAMADOU DIANE CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Ortho-traumato.Sécourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R & PAR GRADE

D.E.R CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chef D.E.R de Chirurgie
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Ortho.Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mme SY Aissata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Alhousséini Ag MOHAMED
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Gangaly DIALLO
Mr Sékou SIDIBE
Mr Abdoulaye K. DIALLO
Mr Mamadou TRAORE
Mr Filifing SISSOKO
Mr Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE J. THOMAS
Mr Nouhoum ONGOIBA

Stomatologie
Ophtalmologie
O.R.L.
Gynéco-Obstétrique
Anesth.-Réanimation
Chirurgie Générale
Ortho.Traumatologie
Anesth.-Réanimation
Gynéco-Obstétrique
Chirurgie Générale
Ortho.Traumatologie
Ophtalmologie
Anatomie & Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS

Mr Ibrahim ALWATA
Mr Sadio YENA

Ortho.Traumatologie
Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Bréhima KOUMARE
Mr Siné BAYO
Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Yéya T.TOURE
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA

Bactériologie-Virologie
Anatomie-Path.Histoembryologie
Chimie analytique
Biologie
Biologie Chef de D.E.R.
Chimie Organique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Ogobara DOUMBO
Mr Anatole TOUNKARA

Parasitologie
Immunologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yénimégué A.DEMBELE
Mr Massa SANOGO
Mr Bakary M.CISSE
Mr Abdrahamane S.MAIGA

Chimie Organique
Chimie Analytique
Biochimie
Parasitologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE
Mr Sékou F.M. TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr N'yenigue Simon KOITA
Mr Abdrahamane TOUNKARA
Mr Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amadou TOURE
Mr Ibrahim I.MAIGA

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, Biologie animale
Chimie Organique
Biochimie
Bactériologie
Histoembryologie
Bactériologie

5. ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE

Chimie Analytique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY
Mr Aly GUINDO
Mr Mamadou K.TOURE
Mr Mahamane MAIGA
Mr Ali Nouhoum DIALLO
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Mamadou M.KEITA

Med.Int. Chef de D.E.R
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Néphrologie
Médecine Interne
Psychiatrie
Neurologie
Radiologie
Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE
Mr Bah KEITA
Mr Boubacar DIALLO
Mr Dapa Aly DIALLO

Pédiatrie
Pneumo-Phtisiologie
Cardiologie
Hématologie

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Moussa Y.MAIGA
Mr Somita KEITA
Mr Hamar A.TRAORE
Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mr Mamady KANE
Mr Saharé FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY

Médecine Interne
Gastro-Entérologie
Dermato-Léprologie
Médecine Interne
Psychiatrie
Gastro-Entérologie
Radiologie
Néphrologie
Psychiatrie

4. ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE
Mr Adama D.KEITA
Mme Tatiana KEITA

Médecine Interne
Radiologie
Pédiatrie

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE

Toxicologie

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Arouna KEITA

Matières Médicales

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boukassoum HAIDARA
Mr Ousmane DOUMBIA
Mr Elimane MARIKO

Législation
Pharmacie Chimique Chef de D.E.R
Pharmacologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA

Matières Médicales
Galénique

5. ASSISTANT

Mr Ababacar I.MAIGA

Toxicologie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique Chef de D.E.R

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa MAIGA

Santé Publique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE
Mr Sanoussi KONATE

Anthropologie
Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G.TOURE
Mr Sory I.KABA

Santé Publique
Santé Publique

5. ASSISTANT

Mr Massambou SACKO

Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale et Min.
Mr Bakary I.SACKO	Biochimie
Mr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme Sira DEMBELE	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Nyamanton DIARRA	Mathématiques
Mr Moussa I.DIARRA	Biophysique
Mr Mamadou Bakary DIARRA	Cardiologie
Madame SIDIBE Aissata TRAORE	Endocrinologie
Mr Siaka SIDIBE	Médecine nucléaire

PERSONNEL D'ENCADREMENT (STAGES & TP)

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Baidi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine Niantao	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yéya I.MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur Almahady DICKO	P.M.I.SOGONINKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Reznikoff	IOTA
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	IOTA
Docteur Hamidou B.SACKO	H.G.T.
Docteur Hubert BALIQUE	C.T.MSSPA
Docteur Sidi Yéhiya TOURE	H.G.T.
Docteur Youssouf SOW	H.G.T.

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr F.S.DANO
Pr M.L.SOW
Pr S.S.GASSAMA
Pr D.BA
Pr M. BADIANE
Pr B.FAYE
Pr Eric PICHARD
Dr G.FARNARIER

HYDROLOGIE
MED.LEGALE
BIOPHYSIQUE
BROMATOLOGIE
PHARMACIE CHIMIQUE
PHARMACODYNAMIE
MEDECINE INTERNE
PHYSIOLOGIE

TABLE DES MATIERES

DEDICACES

REMERCIEMENTS

INTRODUCTION..... 1 - 2

Chapitre I: Généralités 3 - 16

A/ Rappels embryologiques anatomiques et physiologiques de la prostate en rapport avec la prostatite.

B/ Etiopathogenie de la prostatite.

C/ Anatomopathologie de la prostatite.

D/ Physiopathologie du liquide prostatique.

Chapitre II: Etude clinique.....17 - 19

A/ Classification

B/ Signes Fonctionnels

C/ Formes Cliniques

D/ Signes Physiques

E/ Evolution

F/ Associations Morbides

Chapitre III: Diagnostic et traitement des prostatites.....20 - 23

A/ Critères diagnostiques.

B/ Moyens thérapeutiques.

Chapitre IV: Méthodologie 24 - 40

A/ Les Méthodes.

B/ Les Patients.

C/ Saisie des données

D / Résultats

Chapitre V: Commentaires et Discussions..... 41 - 47

Chapitre VI: Conclusions et Recommandations 48 - 49

Chapitre VII: Bibliographie..... 50 - 55

ANNEXES

SERMENT D'HIPPOCRATE.

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

- Dieu le tout puissant

- Mon père, feu Kalilou Diallo

Ta disparition précoce fut un grande amertume pour moi. Ton sens du travail ; ton courage et tout l'honneur que tu y mets est resté pour moi un symbole éternel.

En gage du pieux et vivant souvenir que je garde de toi.

- Ma mère, Saran Sangaré

Toi, qui a été tout mon soutien durant toute ma vie scolaire ; les mots me manquent en ces moments solennels pour exprimer toute mon affection. Ce travail est le tien. Sans toi, il ne sera jamais réalisé.

- Toute la famille Diallo à Kita et Bamako

- Mes oncles Diata Sangaré et feu Sory I. Sidibé, pour leurs aides morale et matérielle, toute ma profonde reconnaissance.

- Mes tantes Kali Hawa Diallo, Assetou Touré et Mariam Diallo.

- Mes frères et soeurs : Modibo Djimé, Sira, Assa, Habi et Adam,

- Mes cousins : Ousmane Sangaré, Mohamed Sangaré, Salif Sidibé, Dramane Diallo de la cellule informatique du bureau des entrées de l'HPG

REMERCIEMENTS

Je saisis cette occasion solennelle pour adresser mes vifs et sincères remerciements à :

⇒ Toute la famille Sidibé de Kita

⇒ Mes cousines Mima Sangaré, Hawa Sangaré, Fanta Sangaré

⇒ Ismaël Sogoba de la cellule informatique du bureau des entrées de l'HPG

⇒ Yéro Sidibé à Niaréla, pour votre soutien moral et votre sens élevé de fraternité

⇒ Mes aînés du service d'urologie : Harouna Touré, Malaye Diakité, Mamadou L. Diakité, Bréma Samaké pour votre contribution à notre formation.

⇒ Mes collègues de service : Mamoutou Diabaté, Ousmane Diabaté et Seydou Ouattara pour votre solidarité et amitié

⇒ Mes cadets : Seydou Mariko, Mamadou Ballo, Dramane Cissé, Seydou Konaté et Amara Mariko

⇒ Tout le personnel du service d'urologie : pour votre franche collaboration

⇒ Dr Tounko Doumbia, Dr Aly Tembély, pour votre contribution et sages conseils à notre formation ; je vous serai très reconnaissant.

⇒ Mes amis : Soulemane Bamba, Oumou Toukara, Halimatou Konaté, Hawa Sangaré, Anselme Keïta, Kamoko Tounkara, Abdoullaye Dembélé, Boubacar Diallo, Abdouramane N'diaye , Dr Baba Coulibaly et Diogossa Traoré.

⇒ Notre aîné Dr Sango Hammadoun Aly pour votre franche collaboration.

AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury le professeur SAMBOU SOUMARE :

Professeur en chirurgie générale, président de la société de chirurgie du Mali, chef du service de chirurgie A à l'hôpital national du point « G », c'est tout un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Nous avons bénéficié de l'enseignement d'un pédagogue averti, d'un maître ouvert, franc, d'expérience et de compétence. Votre dextérité pratique nous a forcé l'estime et l'admiration.

En témoignage à votre reconnaissance infinie, nous vous prions de trouver en cet instant solennel l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et juge DR IBRAHIMA IZETIEGOUMA MAIGA maître assistant en Bactériologie, chef de service du laboratoire de biologie médicale à l'hôpital national du point « G ». Toujours disponible, vous avez été pour nous un bon guide. Le plaisir que vous nous faites en siégeant au sein de ce jury est immense.

Trouvez ici l'expression de notre profonde et sincère admiration.

AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et juge Dr CHEICK MOHAMED CHERIF CISSE spécialiste en urologie et andrologie, adjoint du service d'urologie de l'HPG.

Nous avons été impréssionné par l'accueil que vous nous avez toujours réservé. Votre souci permanent et d'aide ont fait de vous un maître aimé de tous. Nous avons été séduit par votre sens d'humanisme et de rigueur qui ont fait de vous un maître prestigieux, respectueux et respectable.

Trouvez ici notre profonde reconnaissance.

A mon maître et directeur de thèse KALILOU OUATTARA Professeur titulaire en urologie, enseignant à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie du Mali, chef du service d'urologie à l'HPG.

Permettez nous de vous dire très humblement notre respectueuse gratitude pour le précieux enseignement aussi agréable, remarquable par sa compréhension, son dynamisme que nous avons reçu de vous en urologie.

Votre abord facile, votre sincérité, votre franc parler, votre grande expérience en chirurgie vous font un monument inoubliable.

INTRODUCTION

INTRODUCTION

DEFINITION:

la prostatite se définit comme étant une inflammation d'origine bactérienne de structure anatomique composant la prostate. [32]

Très souvent dans l'esprit des hommes une maladie de la prostate est synonyme de vieillissement [7;10].

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.[32]

Cette situation est dénommée prostatite et pose très souvent un problème diagnostique et thérapeutique.

D'une symptomatologie clinique mal définie, d'étiologie multiple et d'un traitement difficile et long voilà autant de raisons d'essayer de mieux cerner cette pathologie.

Selon la classification traditionnelle on reconnaît deux entités : la prostatite aiguë et la prostatite chronique [25].

La prostatite aiguë de diagnostic facile et d'un traitement aisé est une affection de l'homme entre 20 et 30 ans [11, 16, 17].

Par contre la prostatite chronique mal connue, semble cependant assez répandue [13, 10, 30].

La non spécificité du tableau clinique fait du diagnostic de prostatite chronique bactérienne un diagnostic cytologique et microbiologique difficile reposant sur l'étude des sécrétions prostatiques et des urines [26, 29, 40].

Le recours aux examens complémentaires radiologiques est limité au Mali et les thérapeutiques restreintes avec des possibilités de récurrence.

Ce qui semble sûr est que :
aiguës ou chroniques, de diagnostic simple ou difficile d'un traitement aisé ou extraordinairement difficile, ces prostatites semblent très fréquentes [11, 13, 30].

Ainsi MOORE a retrouvé 6,3% des lésions inflammatoires aiguës ou chroniques au niveau de la prostate au cours de 581 autopsies d'hommes âgés de 20-90 ans décédés de pathologie extra prostatique : 16,3% des cas ont été observés après 80 ans.

En 1995 en Espagne MILLAN RODRIGUEZ F. et collaborateurs [30] ont retrouvés 62,3% des prostatites chroniques et 33,6% des prostatites aiguës.

GUIBERT J.[17] et collaborateurs en France en 1985 ont trouvés 75% des lésions inflammatoires aiguës de la prostate.

En 1977 en France CHATELAIN [8] a trouvé 37% des lésions prostatiques chez 127 cas de bilharziose urogénitale.

Enfin en 1997 DRABICK G.W.[13] a trouvé 70% des prostatites chroniques en Haïti et CYRIL C.WIGGISHOFF [10] 66% des lésions inflammatoires aiguës et chroniques de la prostatite.

Aucune étude spécifique n'a été faite sur les prostatites au Mali et même dans la sous région.

Cela dit notre travail a pour objectif de :

- étudier la fréquence de la prostatite en consultation dans le service d'Urologie à l'Hôpital National du Point-G
- définir le polymorphisme clinique
- définir les critères diagnostiques de la prostatite
- déterminer les moyens thérapeutiques et donner quelques recommandations pratiques.

RAPPETLS

GENERALITES

A/ Rappels embryologiques anatomiques et physiologiques de la prostate en rapport avec la prostatite

1°. Rappels embryologiques et anatomiques:

L'embryologie de la prostate est assez bien étudiée de nos jours.

La prostate naît à partir des cellules du mésenchyme du sinus urogénital. [9] Son développement va de la 5e semaine de la vie foetale au 6eme mois fig.1 [12]

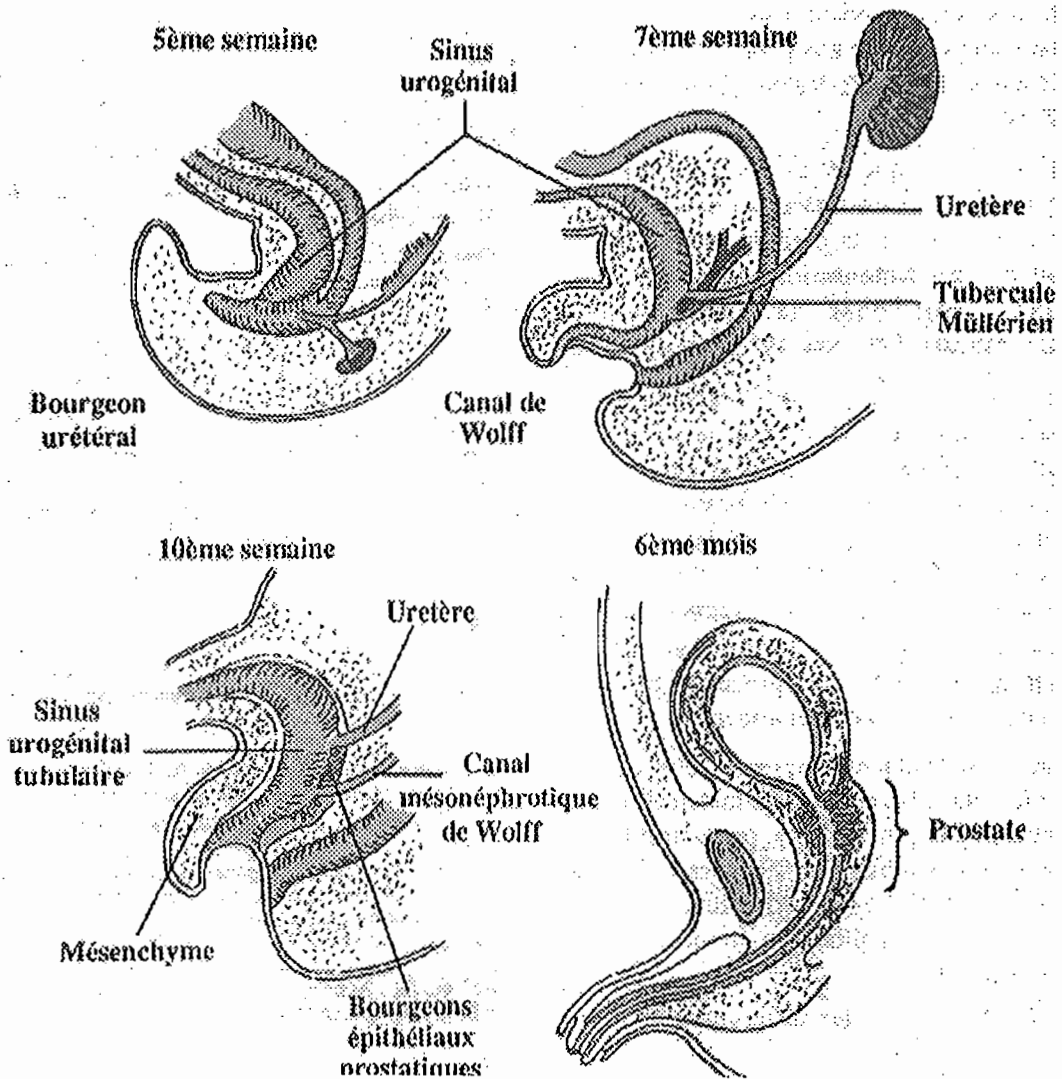


Schéma selon Delmas V. E. Dauge MC

Cela dit 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 crâniale et la prostate caudale.

- La prostate crâniale constituée par l'ensemble des acini situés au-dessus d'une ligne passant par le veru montanum est le point de départ de l'adénome prostatique.

- Par contre la prostate caudale ou vraie prostate formée par les acini situés au-dessous de 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 (fig 2-3).

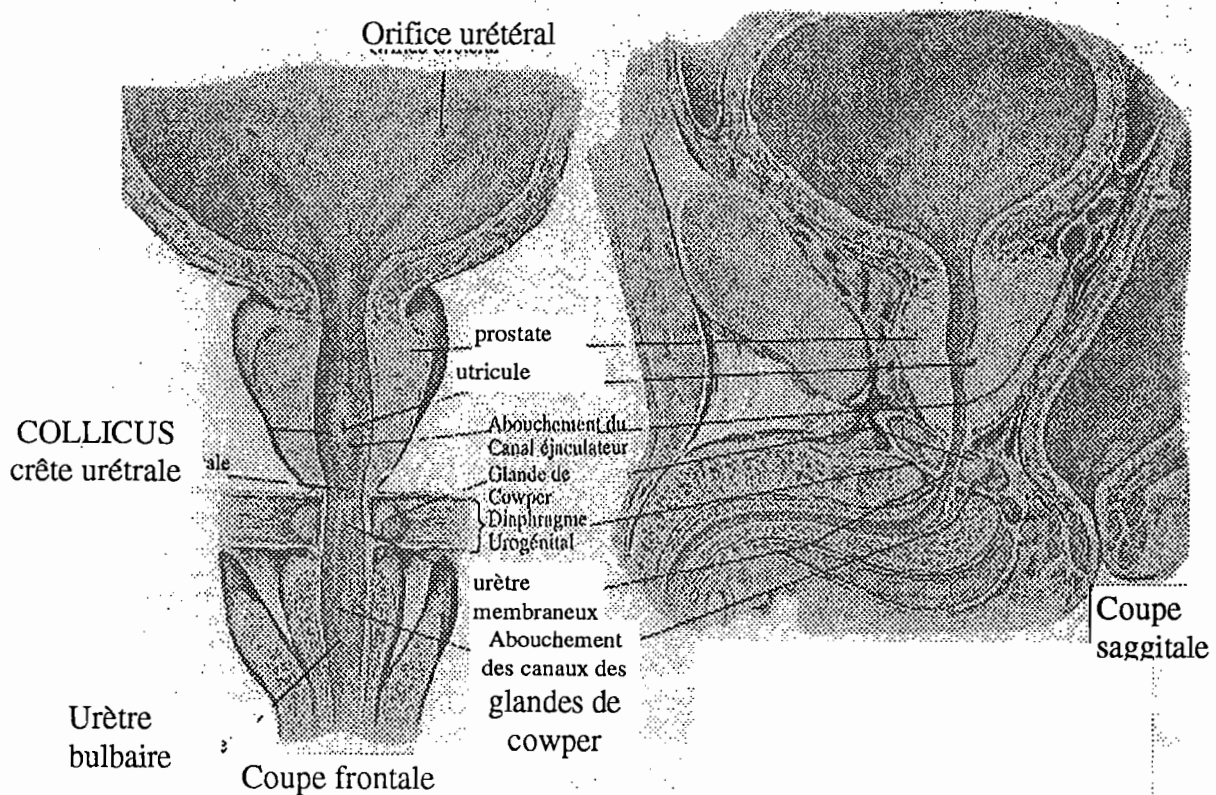
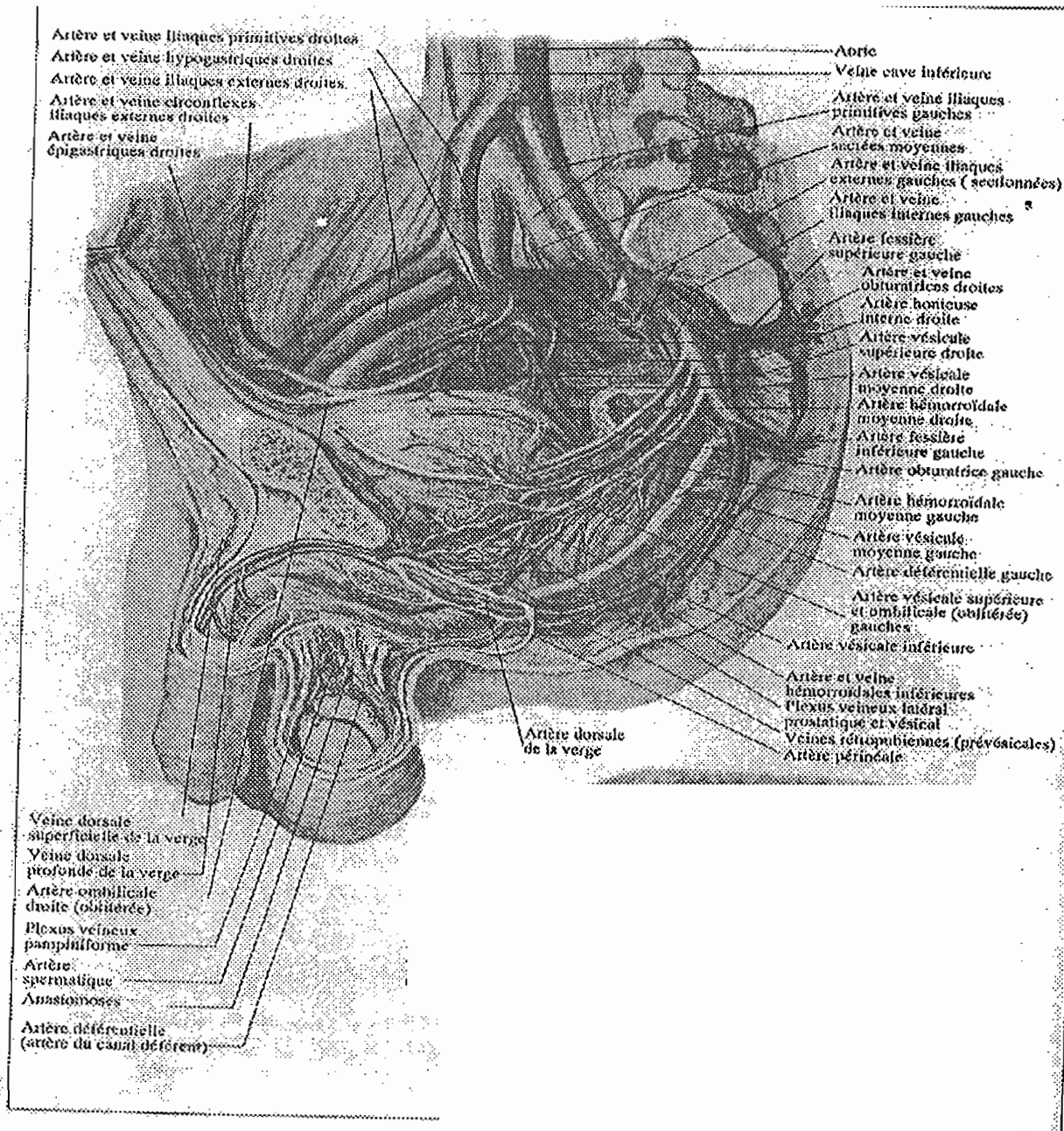


Schéma selon Khoury S.

Toutes ces formations peuvent ainsi s'infecter à partir de la prostate.

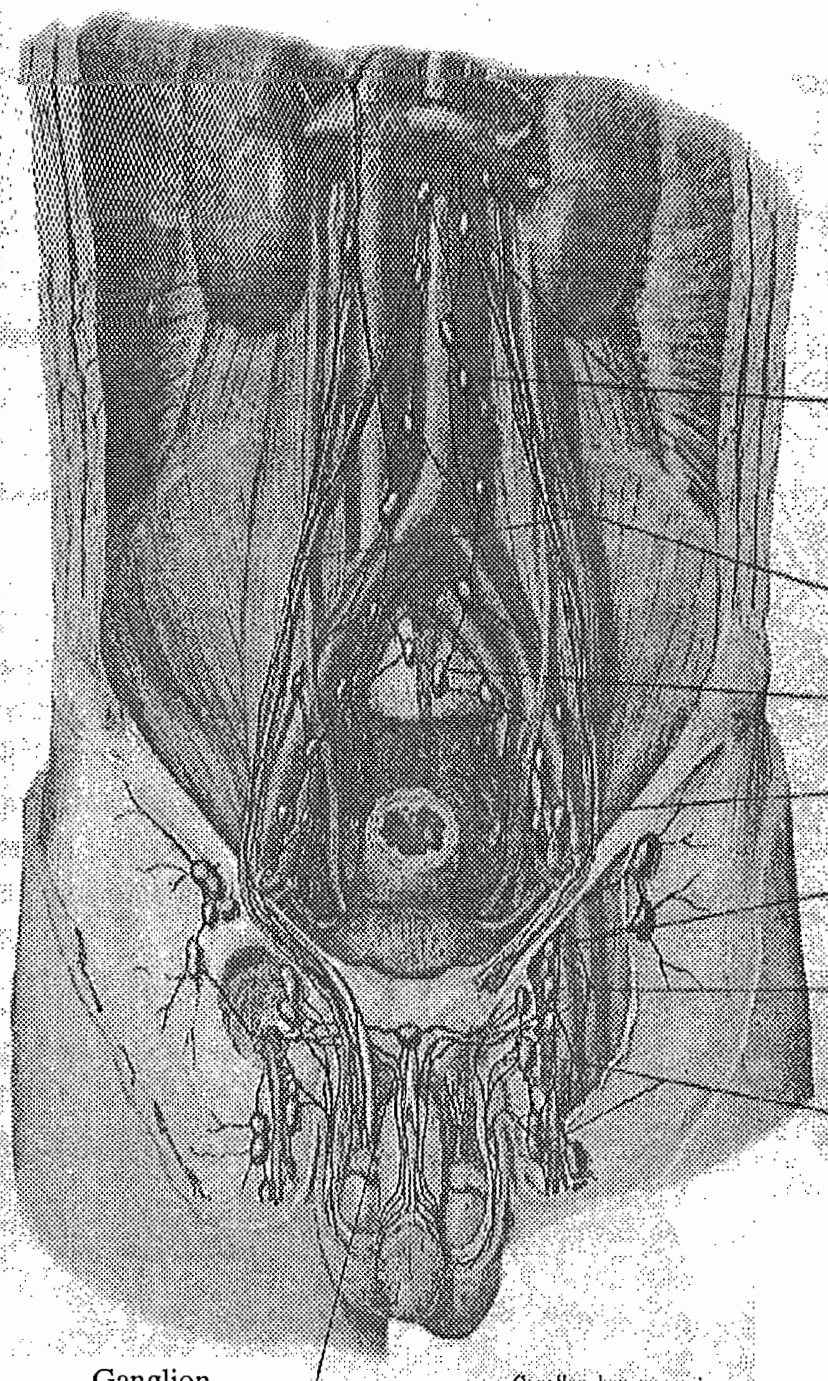
La vascularisation de la prostate est très dense. La vascularisation artérielle est assurée par les branches de l'artère hypogastrique et celle veineuse est assurée par un plexus veineux qui entoure les faces antérieures et latérales de la capsule prostatique. fig4 [24]



Vascularisation du petit bassin :

Schéma selon Khoury S.

La vascularisation lymphatique est assurée par les lymphatiques provenant de la glande prostatique qui forment un réseau péri prostatique et s'unissent en plusieurs pédicules principaux pour gagner les ganglions iliaques internes , iliaques externes, obturateurs et présacrés (fig. 5) [24].



Ganglions périaortiques

Canaux provenant des testicules cheminant le long des vaisseaux spermatiques

Ganglion du promontoire

Ganglion iliaque externe

Ganglions de cloquet

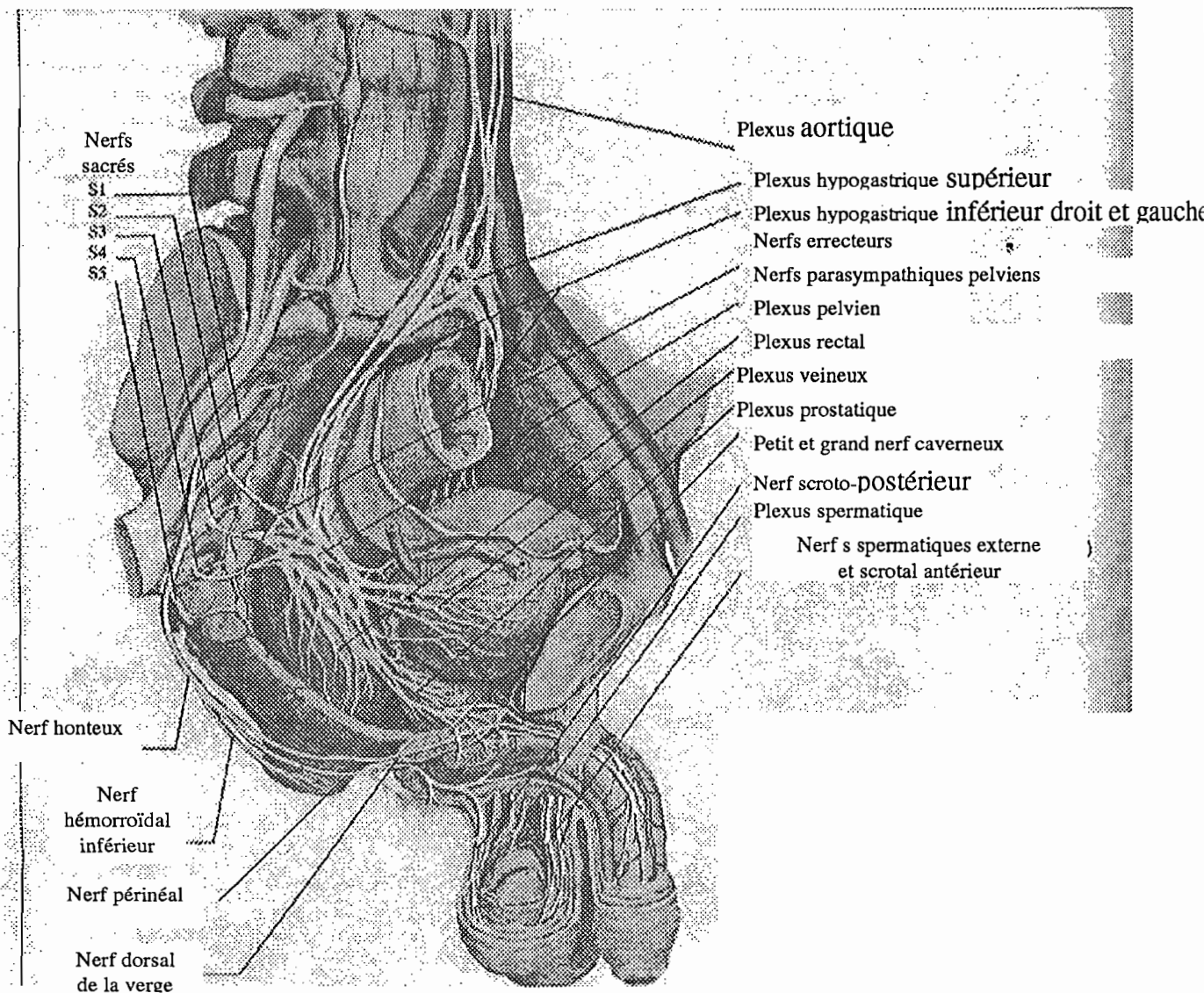
Ganglions inguinaux profonds

Ganglions inguinaux superficiels

Ganglion présymphysaire

Drainage lymphatique des organes génitaux
Schéma selon Khoury S.

L'innervation est mixte sympathique parasympathique à partir de plexus pelviens. fig 6 [24].



Innervation des organes génitaux :
Schéma selon Khoury S.

2°). Rappels physiologiques de la prostate en rapport avec la prostatite:

Malgré son importance pour la reproduction de l'espèce humaine, la physiologie de la prostate est encore mal connue.

Dans ce cadre on retiendra que la prostate se développe sous le contrôle des testicules ce qui fait dire qu'elle appartient au système génital. Elle est intégrée dans l'axe hypothalamo-testicule-cortico-surrénale.

La prostate et les vésicules séminales sont les organes sexuels secondaires les plus importants de l'homme.

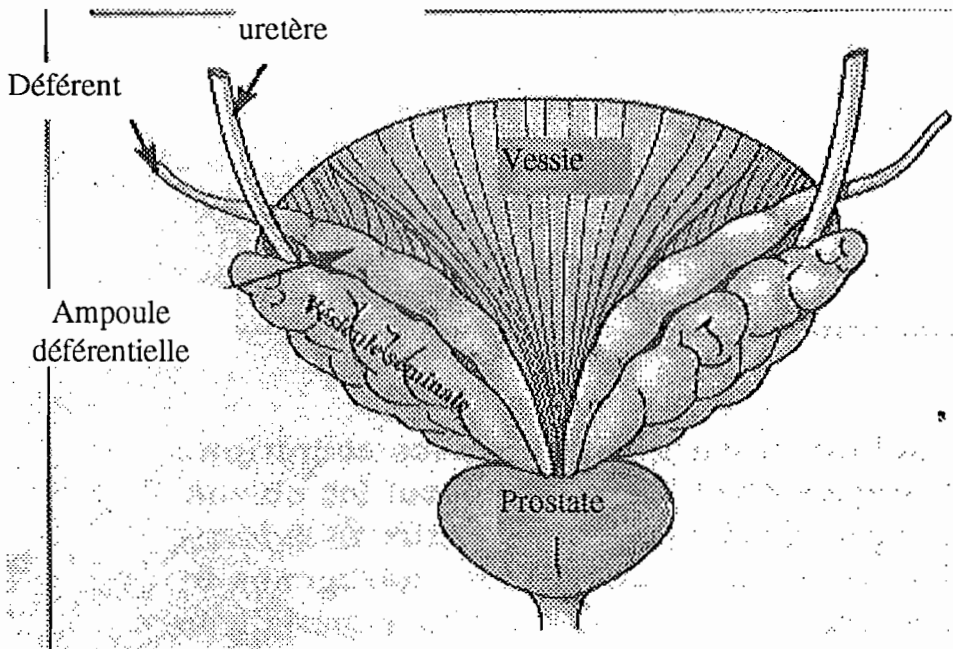
Leur rôle principal semble être la sécrétion du liquide séminal. Elles assurent une sécrétion externe d'où le nom de glande exocrine. La composition normale du liquide séminal est reproduite sur le tableau de la composition du liquide séminal chez l'homme . (voir tableau I)

Le liquide prostatique est incolore de pH6,5 isotonique contenant entre autres du calcium, des lipides, des protéines et des enzymes. Ce qui lui est spécifique est de contenir en grande quantité du zinc de l'acide citrique et des phosphatases acides.

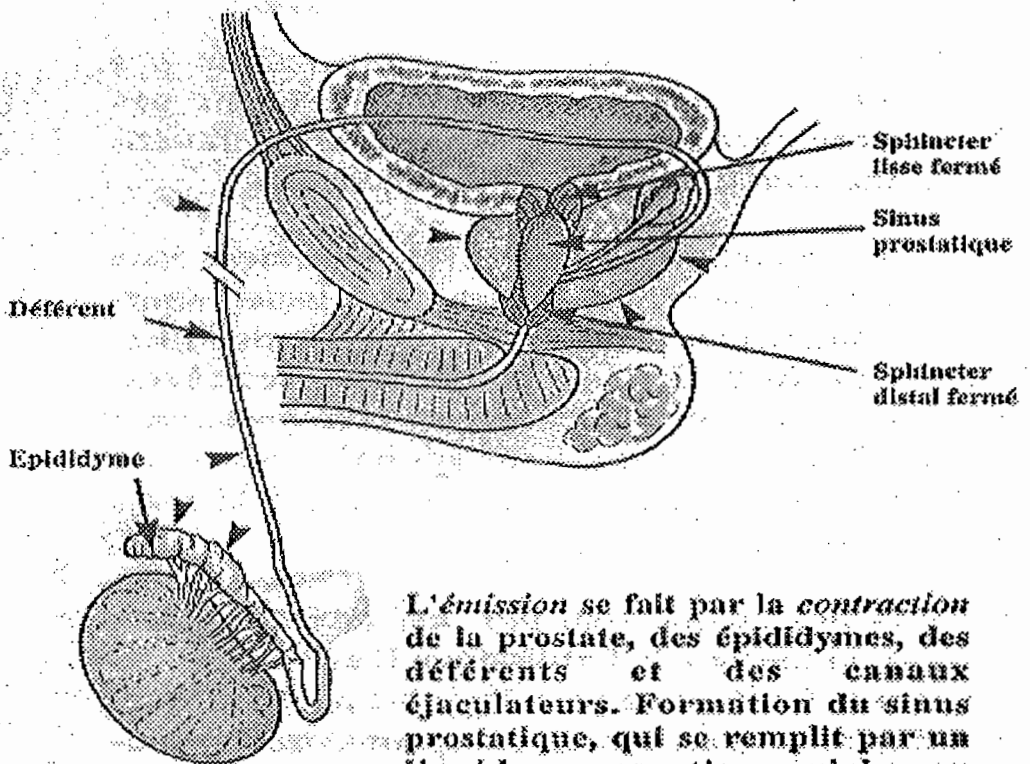
La sécrétion prostatique comme les autres constituants du plasma séminal intervient dans la fertilité. C'est ainsi que certaines altérations de ces composants sont à l'origine de stérilité.

Elle se voit surtout dans les prostatites chroniques où on assiste à une absence ou un taux insuffisant de fructose par atteinte associée des vésicules séminales.

Outre cette participation à la formation du liquide séminal, la prostate occupe une place de choix dans l'éjaculation comprenant deux phases : l'émission et l'expulsion (fig 7) [24].

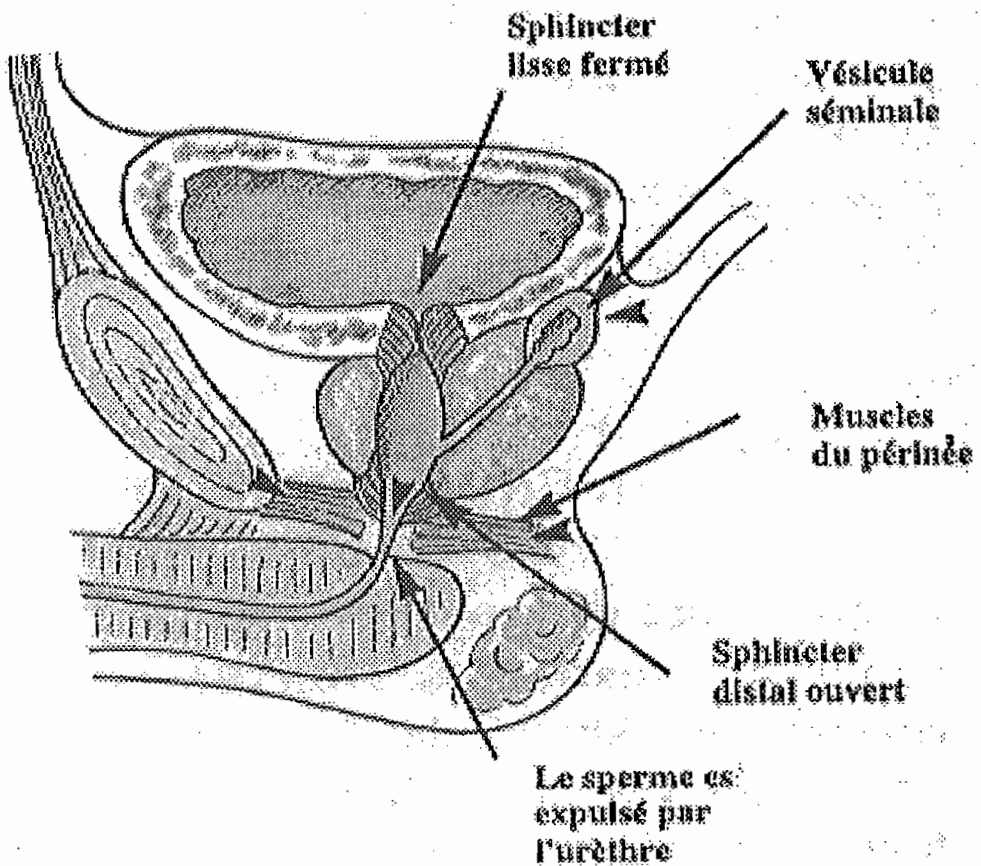


1 EMISSION



L'émission se fait par la contraction de la prostate, des épидидymes, des déférents et des canaux éjaculateurs. Formation du sinus prostatique, qui se remplit par un liquide spermatique riche en spermatozoïdes.

② Expulsion



Lors de l'*expulsion* le sperme est projeté par la *contracture* de l'urèthre, des vésicules séminales et des muscles du périnée. L'expulsion se fait *vers l'extérieur*, le sphincter lisse du col restant fermé.

Cela n'est pas le cas pour la miction où son rôle urinaire est secondaire bien qu'assurant au soutien de la base vésicale et participant aux résistances urétrales donc à la continence.

Tableau I : Composition du liquide séminal chez l'homme [24].

Composant	Taux moyens	Ecart des valeurs	Origine
Electrolytes (mg/100ml)			
Sodium	281	240-319	Prostate
Potassium	112	56-202	
Calcium	28		
Magnésium	11		
Zinc	14	5-23	
Citric acid	376	96-1430	
Chloride	155	100-203	
Hydrates de carbone (mg/100ml)			
Fructose	222	40-638	Vésicules séminales
Inositol	50	54-63	
Ascorbic Acid	13		
Sorbitol	10		
Glucose	7	0-99	
Composés nitrés (mg/100ml)			
Phosphorylcholine	315	250-380	Prostate
Spermine	273	50-350	
Urée	72		Epididyme
Glycérylphosphorylcholine	66		
Créatine	20		
Acide Urique	6		
Ammonia	2		
Prostaglandines (µg/ml)			
PGE	145		Vésicules séminales
PGA	40		Vésicules séminales
PGB	21		Vésicules séminales
PGF	6		Vésicules séminales
Autres (mg/100ml)			
Cholestérol	103	70-120	Prostate?
Acide sialic	124	64-219	
Glutathione	30		
Enzymes			
Phosphatase acide			Prostate
King-Armstrong units/ml	340	272- 408	
Sigma U/ml	66	49-72	Prostate
Phosphatase alcaline			
Sigma U/ml	6	1-12	
Diamine oxydase nmoles/ml/30ml	208		
β-Glucuronidase Fishman U/ml	39	26-42	
Déhydrogénase lactique Sigma U/ml	3808		Prostate
Leucine aminopeptidase Sigma U/ml	1173		
α-Amylase Street-Close	9	3-25	Prostate
U/100ml/15min			
Protéinase séminale	30	20-50	Prostate
Protéines totales (mg/100ml)	4000	3500-5500	
Acides aminés libres (mg/100ml)			
Acides aminés neutres	638		
Acides aminés basiques	340		
Acides amino-acides	280		
Total	1258		

B/ Etiopathogénie de la prostatite

La prostatite se définit comme étant une inflammation d'origine bactérienne des structures anatomiques composant la prostate [32].

a). 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 ces 2 types de prostatites, les cocci et bacilles à gram négatif sont retrouvés plus volontiers dans les prostatites aiguës.

Par ailleurs signalons l'existence des prostatites multibactériennes. cela dit toutes les bactéries n'ont pas la même importance dans la naissance de la prostatite [28, 33].

Parmi les bactéries à gram positif le staphylocoque demeure le grand responsable des prostatites aiguës car il possède un tropisme particulier pour la prostate. Il est le seul responsable d'une bactériémie. En dehors du staphylocoque peuvent être responsables les streptocoques et les enterocoques. la présence de bacille gram positif est fréquente en cas de nécrose tissulaire en particulier d'abcès prostatiques [28].

Les cocci à gram négatif (essentiellement les *Neisseria*) ne sont plus qu'exceptionnellement pourvoyeurs de prostatite depuis l'utilisation des antibiotiques [26].

Parmi les entérobactéries c'est *Escherichia Coli* qui est de loin le germe le plus fréquent (80%); *Klebsiella*, *Proteus* et *Entérobacter*.

Les bactéries atypiques : le bacille de Koch (Bk) n'est plus qu'exceptionnellement retrouvé [25].

- **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, 26].

Parmi les parasites rencontrés en Occident seuls les *Trichomonas* sont incriminés dans les prostatites, *Schistosoma haematobium* est aussi responsable de prostatite en zone d'endémie bilharzienne [8].

Parmi les champignons le rôle du *Candida albicans* est discuté [26].

En fin il a été démontré que la présence des calculs infectés était responsable sinon du déclenchement du moins de l'entretien de la prostatite chronique [29, 33].

b). La porte d'entrée

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

- La voie urétrale est de loin la plus fréquente. elle peut être d'origine ascendante ou descendante.

L'origine ascendante est rencontrée dans de nombreuses circonstances : les prostatites induites par les sondages, les manoeuvres endoscopiques, les prostatites gonococciques toujours secondaires à une urétrite [6].

Par l'origine descendante les germes de l'urine d'amont qu'elle qu'en soit la cause peuvent coloniser 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 streptococcique ou virale qui détermine une prostatite aiguë manifestement secondaire [4].

Selon VANDER HERDEN et CUKIER [42] la voie lymphatique est plus une construction de l'esprit qu'une réalité.

c) Circonstances d'apparition et facteurs favorisants:

Les prostatites peuvent survenir au cours des métastases infectieuses d'une bactériémie, des foyers staphylococciques cutané-renaux ou péri renaux. Les infections streptococciques ou virales (grippe, angine, oreillons, les enterocolites) certaines septico-pyohémies post opératoires, le diabète font d'une prostatite aiguë.

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

L'alimentation est évoquée comme facteur favorisant une prostatite notamment l'alcool, les épices, les troubles du transit, la constipation et diarrhée sont aussi évoquées.

On peut signaler par ailleurs que l'abstinence sexuelle et le sédentarisme sont incriminés dans les facteurs favorisants des prostatites [13] [10].

En fin la présence d'un calcul infecté est responsable du déclenchement d'une prostatite chronique [29] [36].

Les manoeuvres endo urétrales et endovesicales (cystoscopie) sondages dilatations sont les principales causes de prostatites iatrogènes.

Le refroidissement du corps est aussi incriminé.

C/ Anatomopathologie de la prostatite

a) Prostatite aiguë : Mis à part les cas rares de prostatites aiguës traumatiques, 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 extérieurs avec amas de leucocytes et débris cellulaire dans les acini. c'est le stade de la prostatite dite folliculaire [10].

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 peri- prostatite [6] [10].

En ce moment les lésions gagnent les espaces inter acineux avec constitution des foyers inflammatoires disséminés qui, par confluence et en l'absence du traitement aboutiront à l'apparition de micro-abcès qui vont eux mêmes confluer pour former un ou plusieurs abcès.

b) 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 des lésions constructives.

C'est ainsi dans la prostatite folliculaire à l'examen microscopique on note des glandes dilatées remplies de cellules épithéliales et de leucocytes, parfois de pus véritable. Le tissu interstitiel était infiltré de sérosités et de leucocytes.

Albaran a aussi signalé la néoformation de culs de sac. [2]

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

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

Au niveau de la glande caudale l'infection chronique détermine l'apparition de lésions destructives micro-abcédées souvent calcifiées. Par contre au niveau de la prostate crâniale ce sont les lésions fibreuses sclérosantes qui vont entraîner une dysurie [24].

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

D/ Physiopathologie du liquide prostatique

L'analyse des sécrétions prostatiques porte en outre sur les éléments figurés et les déterminants physico-chimiques des sécrétions. Il s'agit des signes inflammatoires prostatiques que sont la présence de leucocyte (souvent associé à des macrophages et à la présence des globules graisseux), leur concentration est supérieure à 10 par champ microscopique des prostatites bactériennes et non bactériennes. Ils sont absents ou en nombre inférieur à 10 par champ en cas de prostatodynie [29].

Ensuite il faut noter une diminution de la concentration en zinc qui irait de pair avec une perte de pouvoir anti bactérien des sécrétions prostatiques : Elle s'accompagne d'une diminution de la concentration en spermine, phosphatase acide et cholestérol.

Tableau II: Modifications physico-chimiques de la sécrétion prostatique lors des prostatites bactériennes chroniques selon Anderson et Fair [1; 44].

Augmentation	Diminution
pH	Densité
LDH-5/LDH-1	-Facteur antibactérien 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

En fin les études immunologiques ont permis de cerner plus précisément le profil des affections prostatiques mettant en évidence d'une part une élévation du taux sérique des anticorps développés contre les germes , d'autre part une élévation dans les sécrétions prostatiques du taux des immunoglobulines G.A et M qui permettent dans certains cas un diagnostic en immuno-fluorescence [22].

Chapitre II: Etude Clinique

L'étude clinique des prostatites est complexe , cependant il est nécessaire de faire une classification.

A/ Classification

De par leur symptomatologie clinique mal définie on distingue trois types de prostatites :

- prostatites aiguës
- prostatites chroniques
- prostatodynies

Tableau III: Classification des prostatites selon MEARES et DRACH [29; 14]

Type de prostatite	Syndrome infectieux général	Prostate douloureuse au TR	Leucocytes (liquide prostatique ou urines)	Bactéries (liquide prostatique ou urines)
Prostatite bactérienne aiguë	+	+	+	+
Prostatite bactérienne chronique	-	-	+	+
Prostatite non bactérienne	+	+	+	-
Prostatodynies	-	-	-	-

TR : Toucher rectal

Les prostatites non bactériennes peuvent revêtir une allure aiguë ou chronique, mais ce qui les caractérise est la présence des leucocytes abondants alors que les cultures restent négatives.

B/ Signes fonctionnels

Ils sont nombreux et inquiétants et souvent cause de consultation: c'est ainsi dans

- les prostatites aiguës on retrouve un syndrome infectieux (avec une fièvre à 39,5-40°C des frissons une myalgie des céphalées et un malaise général) des signes urinaires (avec brûlures mictionnelles, dysurie, pollakiurie une impériosité mictionnelle voire la rétention vésicale complète avec ou sans hématurie), des douleurs indépendantes de la miction, de localisation pelvienne, sus-pelvienne, périnéale ou urétrale et testiculaire, enfin une constipation [19][13][24].

- Par contre dans les prostatites chroniques les troubles sexuels sont au devant de la scène avec une éjaculation précoce ou des douleurs à l'éjaculation pouvant entraîner l'apparition d'une impuissance sexuelle psychogène. parfois les signes rectaux sont associés (ténésmes, douleur anale), souvent des troubles de l'érection, une hemospermie, écoulement urétral. Cependant les troubles urinaires et algiques sont identiques à ceux de la prostatite aiguë [13] [24] [29].

Enfin les prostatodynies (douleur de la prostate) regroupent un ensemble de symptômes cliniques communs aux prostatites chroniques. Leur caractéristique est l'absence des critères d'inflammation ou d'infection de la glande prostatique. On note chez ces patients une anxiété et des troubles de la personnalité [44].

C/ Formes cliniques

Nous retiendrons 3 formes cliniques :

- les formes sans signes urinaires où le syndrome infectieux domine le tableau clinique.

- les formes décalées avec syndrome infectieux dominant puis 24 à 48 heures plus tard apparaissent les signes urinaires.

- et en fin les formes urinaires avec une fièvre un peu élevée 38 - 38,5 °C.

D/ Signes physiques

La palpation des organes génitaux externes dans les prostatites aiguës retrouvent une douleur au niveau des testicules et de l'épididyme, avec un toucher rectal qui découvre une prostate douloureuse hypertrophique de consistance tantôt ferme, tantôt succulente [7] [10] [13].

Cependant dans les prostatites chroniques on découvre une prostate augmentée de volume et douloureuse avec un toucher rectal qui signale des zones irrégulières et dures témoin d'une prostatite chronique [10] [13] [22].

Par contre dans les prostatodynies le toucher rectal est le plus souvent normal, plus rarement on retrouve une glande prostatique sensible [13].

E/ Evolution

L'évolution favorable d'une prostatite aiguë ne peut se concevoir que si l'on a traité une éventuelle cause favorisante [10] [13] [19] [29].

L'épisode peut rester unique et ne jamais récidiver. A l'opposé on peut voir survenir une récurrence dans les mois qui suivent. Il peut s'agir d'une infection différente de la première et apparemment sans rapport avec elle.

En cas de récurrence l'affection peut évoluer à plus ou moins brève échéance vers la prostatite chronique [13] [19] [29] [33].

F/ Associations morbides

Les complications des prostatites peuvent être immédiates ou précoces.

elles sont au nombre de six :

- septicémie à germe gram (-) plus fréquent dans les prostatites aiguës
- la rétention aiguë d'urine
- l'abcès de la prostate (prostatite aiguë)
- épididymite aiguë.
- Orchite
- Rétrécissement de l'urètre

CHAPITRE III: Diagnostic et traitement des prostatites

A/ Critères diagnostiques

1) **diagnostic positif** : il repose sur l'examen des sécrétions prostatiques et l'examen des urines par l'épreuve de Stamey fig (8).

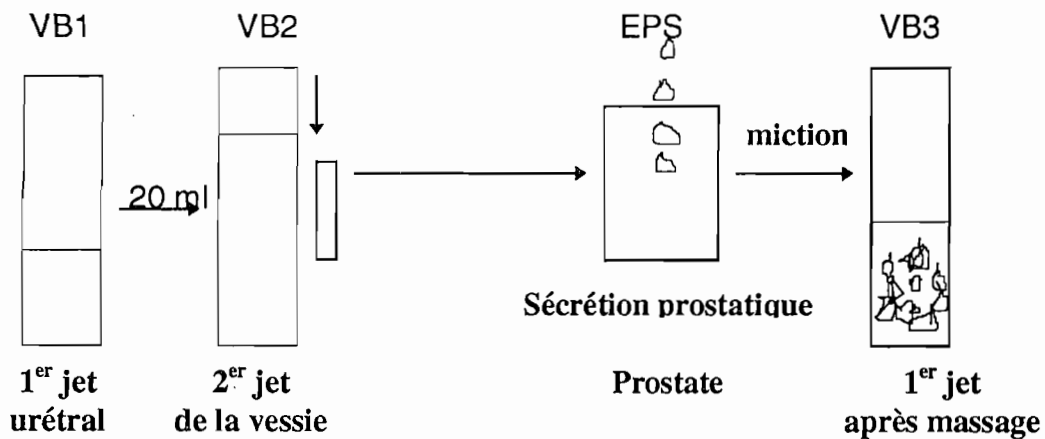


Fig8: l'étude fractionnée des urines de Meares et Stamey par comparaison quantitative des germes dans les échantillons.

L'étude du 1^{er} jet, reflétant l'urèthre, du 2^{ème} jet reflétant l'infection vésicale et le massage prostatique après l'émission du 2^{ème} jet, puis le recueil d'un troisième échantillon après le massage dont on peut penser qu'il recueille la sécrétion prostatique.

C'est ainsi que dans les prostatites aiguës, l'examen cyto bactériologique des urines nous révèle une leucocyturie et ou une pyurie avec bactériurie. En cas de septicémie les hémocultures sont indispensables.

Tableau IV: Interprétation de l'examen cyto bactériologique des urines et des sécrétions prostatiques [29]

Leucocyturie Elément/ml	< 2 000	2 000 - 10 000	> 10 000
bactériurie germes /ml			
< 10 ²	absence d'infection	absence d'infection	Renouveler l'ECBU Recherche de BK
10 ² - 10 ⁵	Renouveler l'ECBU souillures probables	Renouveler l'ECBU souillures probables	Renouveler l'ECBU Infection urinaire probable
> 10 ⁵	Infection urinaire	Infection urinaire	Infection urinaire

Par contre au cours des prostatites chroniques l'ECBU permet de découvrir le germe responsable (*Gonocoque, Trichomonas, Candida, Chlamydia*) et un nombre important de leucocytes plus ou moins altérés.

L'examen des sécrétions prostatiques avec antibiogramme permet au cours des prostatites chroniques de découvrir le germe en cause, de déceler une leucocyturie de 15-20 leucocytes/champ et macrophages [1; 29].

- Quant à la spermoculture, elle montre en outre une nécropermie et d'autres altérations du sperme au cours des prostatites chroniques.

En fin les examens radiologiques pratiqués permettent de montrer notamment dans les prostatites aiguës : à l'UIV (Urographie Intraveineuse) : des signes inflammatoires de la muqueuse vésicale avec une amputation vésicale par contre dans les prostatites chroniques il y aura des calcifications prostatiques.

- De même à l'échographie il y aura des foyers hypodenses qui formeraient des abcès en l'absence de traitement, tandis que dans les prostatites chroniques l'échographie révélera des zones échogènes témoins des calcifications prostatiques avec une prostate augmentée de volume inhomogène [15].

- UCR (Urétro Cystographie Rétrograde) : n'est pratiquée que dans les prostatites chroniques. Elle est contre-indiquée au cours des prostatites aiguës.

- PSA : le taux de l'antigène spécifique de la prostate est élevé au cours de la phase aiguë [1].

la ponction biopsie n'est pratiquée qu'en cas de prostate dure et contour irrégulier (suspicion de cancer) [1]

2) diagnostic étiologique et différentiel :

Dans le diagnostic étiologique il faut savoir distinguer les causes urologiques des causes non urologiques.

- **les causes urologiques** : + la sténose de l'urètre qui sera diagnostiquée à l'UCR.

+ une infection urinaire banale

+ adénome de la prostate (diagnostic TR)

+ troubles neurologiques

+ tumeurs vésicales infectées

+ les calculs infectés de la vessie (diagnostic ASP UIV)

+ sondages

- **les causes non urologiques sont plus rares (10-20%) [40]:** elles sont : abcès dentaires, suppuration cutanée et les troubles digestifs. Mais parfois aucune cause n'est trouvée.

B/ Les moyens thérapeutiques

1) But : il consiste à éradiquer l'infection et les phénomènes inflammatoires, assurer un soutien psychologique de ces patients de la bénignité de leur affection malgré son caractère chronique invalidant parfois.

2) Les moyens : sont basés essentiellement sur les antibiotiques et en fonction de l'antibiogramme.

Le traitement antibiotique des prostatites est fondamental. Etabli dès le début de la maladie à doses fortes, il doit associer deux antibiotiques majeurs, actif l'un sur les bactéries à gram positif (Ampicilline) l'autre sur les bactéries à gram négatif (chloramphenicol, Colimycine, Tétracycline) [3].

Le traitement d'entretien doit utiliser des antibactériens par voie orale et connu pour leur bonne diffusion prostatique (Quinolones, Triméthoprime) en se guidant sur l'antibiogramme initial si un germe a pu être isolé [5].

Dans le cas de rétention vésicale complète et de dysurie extrême on peut faire le drainage des urines [23].

Le repos au lit est nécessaire dans les premiers jours du traitement et les traitements associés seront prescrits notamment les antibiotiques antipyrétiques, décongestif pelvien, anti inflammatoires.

Dans certains cas on a recours à une psychothérapie , souvent des vitaminothérapies ou stimulants.

Selon B. Antoine [2] les traitements adjuvants sont souvent indiqués à savoir les bains de siège et les petits lavement chauds.

En cas d'abcès de la prostate collecté une rectotomie ou une perineotomie par incision latero-ischiatique assure un drainage meilleur (Fullerton) que la fistulisation spontanée.

En fin le massage prostatique occupe une place de choix dans la thérapie des prostatites.

3) Pronostic

Il sera fonction de la précocité du diagnostic et de la thérapie de la maladie.

Si la prostatite est bien traitée elle guérit rapidement, mais si elle n'est pas traitée bien les récives sont possibles avec les séquelles considérables.

METHODOLOGIE

Ainsi aucun examen paraclinique de contrôle n'a été effectué après traitement.

Le massage prostatique était fait chez les patients une fois par semaine après dix jours d'antibiothérapie.

B/ Les patients

1°) Critères d'inclusion

Nous avons recensé tous les patients ayant fait un ECBU avec antibiogramme, un examen cyto-bactériologique des sécrétions prostatiques avec antibiogramme.

2°) Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans notre étude tous les cas de prostatite n'ayant pas fait d'examen cyto- bactériologique des urines et ECB des sécrétions prostatiques avec antibiogramme.

3°) Critères de guérison

Ont été considéré comme guéri tout malade ne présentant aucun signe clinique de prostatite.

C/ SAISIE DES DONNEES :

L'exploitation informatique des résultats a été faite dans la cellule informatique de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali, à l'aide du logiciel Epi info version 5.01b du CDC D'ATLANTA /OMS.

Tests statistiques utilisés : χ^2 et les TEST EXACT DE FISHER

RESULTATS

D/ Les Résultats

Une étude transversale menée chez 710 patients vus en consultation du 1^{er} Octobre 1995 au 31 Décembre 1996 dans notre service a dénombré 121 cas de prostatites, soit une prévalence de 17,04%.

1°) Données socio-démographiques ou épidémiologie

1.1 âge:

Tableau V: Répartition des 121 malades en fonction de la classe d'âge.

Années	Effectif	Pourcentage
17-19 ans	1	0,8
20 - 30 ans	68	56,2
31 - 40 ans	35	28,9
41-61 ans	17	14,1
Total	121	100

L'âge moyen est de 31,6 ans

La classe d'âge dominante est 20-30 ans avec des extrêmes allant de 17-61 ans

1.2 Profession

Tableau VI: Répartition des malades en fonction de la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Bureaucrates	18	14,9
Commerçants	24	19,8
Etudiants	30	24,80
Ouvriers	49	40,5
Total	121	100

Sur une série de 121 patients nous constatons une prédominance des ouvriers avec 49 patients soit un taux de 40,5% des cas.

1.3 Statut matrimonial

Tableau VII: Répartition des malades selon leur statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariés	47	38,8
Célibataires	74	61,2
Total	121	100

Les célibataires représentent 74 cas soit 61,2%.

1.4 Mode de recrutement

Tableau VIII: Classification des malades selon de recrutement

Mode de recrutement	Effectif	Pourcentage
Référés par un médecin ou personnel paramédical	69	57
Malades consultants d'eux mêmes	52	43
Total	121	100

52/121 malades (soit 43,00%) ont directement consulté

2°) Signes cliniques:

Tableau IX: Répartition des malades en fonction des signes fonctionnels.

Signes fonctionnels	Effectif	Pourcentage
asthénie sexuelle	70	7,6
éjaculation précoce	33	3,6
Hemospermie	1	0,1
Dysurie	60	6,5
Pollakiurie	76	8,2
Pesanteur pelvienne	87	9,4
Douleur Lombo-sacrée	93	10,0
Douleur mictionnelle	75	8,1
Douleur urétrale	48	5,0
Douleur post-coïtale	18	2,0
Douleur testiculaire	75	8,1
Douleur périnéale	47	5,1
Picotement urétral	70	7,6
Fièvre	67	7,2
Prostatorrhée	107	11,5
Total	927	100

La douleur lombo-sacrée représente 93 cas sur 927 soit 10% des cas.
Un malade peut présenter plusieurs signes fonctionnels.

Tableau X: Fréquence des malades selon le nombre de signes fonctionnels

Nombre de signes Fonctionnels	Effectif	Pourcentage
1	11	9,1
2	30	24,8
>2	80	66,1
Total	121	100

61,1% des cas présentent plus de deux signes fonctionnels.

Tableau XI: Répartition des 121 malades selon l'aspect des urines.

Urines	Effectif	Pourcentage
Troubles	67	55,4
Clares(Limpides)	54	44,6
Total	121	100

67/121 malades (55,4%) présentent des urines troubles

3°) Antécédents et étiologies:

Tableau XII: Répartition des malades en fonction des facteurs de risque de la prostatite.

Facteurs de risque	Effectif	Pourcentage
Urétrite gonococcique	53	20,5
orchi-épididymite	64	24,8
bilharziose urinaire	91	35,3
abstinence sexuelle	50	19,4
Total	258	100

Un malade peut présenter plusieurs facteurs de risque.

Tableau XIII: Fréquence des malades selon le nombre de facteurs de risque .

Nombre de facteurs de risques	Effectif	Pourcentage
1	50	41,3
2	60	49,6
>2	11	9,1
Total	121	100

Sur les 121 patients les malades ayant deux facteurs de risque prédominent avec 60/121 soit 49,6% des cas.

Tableau XIV: Répartition des malades selon la profession et le facteur de risque

Profession	Facteur de risque				Effectif	Pourcentage
	Gonococcie	Bilharziose Urinaire	Orchite	Abstinence Sexuelle		
Bureaucrates	8	6	3	1	18	14,9
Commerçants	13	2	6	3	24	19,8
Etudiants	15	9	1	5	30	24,8
Ouvriers	26	15	6	2	49	40,5
Total	62	32	16	11	121	100

Tableau XV: Répartition des malades selon la profession et le nombre de facteurs de risque.

Profession	Facteur de risque				Total
	1		≥2		
	n	%	n	%	
Bureaucrates	8	16	10	14,1	18
Commerçants	13	26	11	15,5	24
Etudiants	10	20	20	28,2	30
Ouvriers	19	38	30	42,2	49
Total	50	100	71	100	121

19 ouvriers ont un facteur de risque (19/50) soit 38% et 30 ouvriers ont 2 ou plus de 2 facteurs de risque (30/71) soit 42,2% de cas
 $\text{Khi}^2 = 2,63$ et $P = 0,45$ non significatif

Tableau XVI: Répartition des malades selon la profession et la gonococcie

Profession	Facteur de risque Gonococcie				Total
	+		-		
	n	%	n	%	
Bureaucrates	10	13	8	17,4	18
Commerçants	14	19	10	22	24
Etudiants	21	28	9	19,6	30
Ouvriers	30	40	19	41	49
Total	75	100	46	100	121

$\text{Khi}^2 = 1,22$ et $P = 0,73$ Non significatif

Tableau XVII: Répartition des malades selon la profession et la bilharziose urinaire

Profession	Facteur de risque Bilharziose				Total
	+		-		
	n	%	n	%	
Bureaucrates	6	15	12	15	18
Commerçants	10	25	14	17	24
Etudiants	9	22,5	21	26	30
Ouvriers	15	37,5	34	42	49
Total	40	100	81	100	121

$\text{Khi}^2 = 1,06$ et $P = 0,78$ non significatif

Tableau XVIII: Répartition des malades selon la profession et l'orchite

Profession	Facteur de risque Orchite				Total
	+		-		
	n	%	n	%	
Bureaucrates	7	19	11	13	18
Commerçants	6	16,2	18	21	24
Etudiants	10	27	20	24	30
Ouvriers	14	37,8	35	42	49
Total	37	100	84	100	121

$\text{Khi}^2 = 1,14$ et $P = 0,88$ non significatif

Tableau XIX: Répartition des malades selon la profession et l'abstinence sexuelle

Profession	Facteur de risque Abstinence				Total
	+		-		
	n	%	n	%	
Bureaucrates	8	23	10	11,5	18
Commerçants	5	15	19	21,8	24
Etudiants	5	15	25	28,7	30
Ouvriers	16	47	33	30	49
Total	34	100	87	100	121

$\text{Khi}^2 = 5,45$ $P = 0,14$ non significatif car $P > 0,05$

4°) Examen physique:

Tableau XX: Répartition des malades en fonction des signes physiques.

Signes physiques	Effectif	Pourcentage
Congestion prostatique (TR)	94	34,4
Prostate hypertrophiée (TR)	22	8,1
Douleur prostatique (TR)	113	41,4
Prostate normale (TR)	44	16,1
Total	273	100

TR: Toucher Rectal

Un malade peut présenter plusieurs signes physiques.

La douleur prostatique au TR représente 113 cas sur 273 soit 41,4% des cas.

Tableau XXI: Fréquence des malades selon le nombre de signes physiques.

Nombre de signes physiques	Effectif	Pourcentage
1	8	6,6
2	75	62,0
>2	38	31,4
Total	121	100

Nous trouvons que 75 patients sur 121 cas ont deux signes physiques soit 62,0%

5°) Examens complémentaires:

I / Examen cyto-bactériologiques des urines et du liquide prostatique

Tableau XXII: Répartition des 121 malades en fonction de la leucocyturie.

Leucocyturie éléments /ml	Effectif	Pourcentage
leucocyte >10 000	62	51,3
leucocyte ≤10 000	59	48,7
Total	121	100

62/121 cas ont une leucocyturie supérieure à 10000 éléments/ml(51,3%)

Tableau XXIII: Répartition des 121 malades en fonction des germes en cause.

Cocci	Germes	Effectif	Pourcentage
gram positif %	<i>Staphylocoque coagulase négative</i>	27	22,3
	<i>Streptocoque</i>	2	1,7
Bacille gram négatif %	<i>E-coli</i>	15	12,7
	<i>Klébsiella oxytoca</i>	6	4,9
	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	5	4,2
Autres	<i>Candida</i>	1	0,8
	<i>Schistosoma hoematobium</i>	8	5,4
	<i>Neisseria Gonorrhoeae</i>	15	12,3
	Total	79	65,2

On a pas retrouvé de germes chez 42 patients sur 121 soit 34,7%.
Il n'y a pas eu d'association de germes.

Tableau XXIV: Répartition des 37 malades selon les résultats de l'échographie trans-vésicale.

	Effectif	Pourcentage
Normale	12	32,4
hypertrophie prostatique	25	67,6
Total	37	100

L'échographie trans-vésicale a été demandé chez tous les malades; mais seuls 37 patients ont pu faire cette imagerie compte tenu de leurs moyens financiers.

Tableau XXV: Répartition des 37 malades en fonction des résultats de l'UCR.

UCR	Effectif	Pourcentage
Normale	12	32,4
Rétrécissement	25	67,6
Total	37	100

L'urétéro-cystographie-retrograde a été faite selon l'importance de la dysurie à la recherche d'éventuels rétrécissement urétral ou de calcul vésical. Selon les critères établis 42 patients sur 121 cas ont bénéficié l'échographie et l'urétéro-cystographie-retrograde soit 34,7% des cas.

Tableau XXVI: Répartition des patients en fonction du type de prostatite

Type de prostatite	Effectif	Pourcentage
Prostatite aiguë	52	43
Prostatite chronique	62	51,2
Prostatodynie	7	5,8
Total	121	100

On constate une prédominance des prostatites chroniques soit 51,2% des cas. Ce sont des malades qui ont déjà eu des traitements antérieurs avant de venir chez nous.

6°) Traitement

Tableau XXVII: Répartition des malades selon le traitement antérieur

Traitement antérieur	Effectif	Pourcentage
Ayant reçu un traitement	71	58,7
Aucun traitement	50	41,3
Total	121	100

71/121 malades ont déjà eu un traitement antérieur soit 58,7% des cas mais sans succès.

Tableau XXVIII: Les antibiotiques utilisés et leurs associations

Antibiotiques	Effectif	Pourcentage
acide nalidixique + cotrimoxazole	11	9,1
augmentin	5	4,1
colistine	6	5,0
cotrimoxazole + Erythromycine	15	12,4
Erythromycine	10	8,3
Lincomycine	6	5,0
Norfloxacine	49	40,5
Pefloxacine + Erythromycine	18	14,9
Nitroxoline	1	0,8
Total	121	100

Les fluoroquinolones prédominent avec un taux de 65,28% des cas (79/121)

Au total 44 malades ont eu une association de deux antibiotiques

Aucun malade n'a reçu une association de plus de deux antibiotiques.

77 patients ont reçu un seul antibiotique

Tableau XXIX: autres moyens thérapeutiques

	Effectif	Pourcentage
Dilatation	25	20,6
Médicaments Bain de siège	96	79,4
Total	121	100

La dilatation a été demandé chez les malades présentant un rétrécissement de l'urètre soit 20,6% des cas.

Tableau XXX: Répartition des 121 malades en fonction des résultats du traitement au 1^{er} mois.

Résultat du traitement au 1^{er} mois	Effectif	Pourcentage
Guéris	41	33,9
Non Guéris	80	66,1
Total	121	100

41/121 sont guéris au 1^{er} mois (soit 33,9%).

Critères de guérison: Ne présentant aucun signe clinique.

Tableau XXXI: Répartition des 80 malades en fonction des résultats du traitement au 2^e mois.

Résultat du traitement au 2^e mois	Effectif	pourcentage
Guéris	59	73,8
Non Guéris	21	26,2
Total	80	100

Tableau XXXII: Répartition des 21 malades en fonction des résultats du traitement au 3^e mois.

Résultat du traitement au 3^e mois	Effectif	Pourcentage
Guéris	15	71,4
Non Guéris	6	28,6
Total	21	100

COMMENTAIRES

&

DISCUSSIONS

CHAPITRE V: COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1°). Epidémiologie:

Dans notre série de 121 cas de prostatites nous trouvons une prévalence de 17,04% en consultation sur un échantillon de 710 patients contre 6,3% dans la série de MOORE R.A. en 1937 en France [32].

L'âge moyen de nos malades a été de 31,6 ans avec des limites d'âge allant de 17 à 61 ans contre celui de VANDERHEYDEN ET CUKIER qui est de 50 ans en Belgique en 1975 [42].

Concernant le statut matrimonial, il apparaît dans notre étude un effectif élevé des patients célibataires avec un taux de 61,2% des cas contre 42% des cas pour DRABICK J.J. et Collaborateurs [13] en Juin 1997 en Haïti.

Par la profession, nous avons constaté une prédominance des ouvriers et des étudiants avec des taux respectivement 40,5% et 24,8% des cas.

L'explication que nous avons trouvé concernant la fréquence élevée de prostatites chez ces patients (célibataires, étudiants, ouvriers) est la stase pelvienne (mode de vie sédentaire) pouvant entraîner une congestion de la prostate.

Pour le mode de recrutement, 52/121 malades (soit 43,0%) ont directement consulté sans être référé dans le service.

Enfin 71 patients ont été vu en consultation avec un traitement antérieur soit 58,7% des cas.

2°). l'étude clinique:

Il n'y a pas de signes cliniques pathognomoniques dans les prostatites.

La fièvre est un signe de présomption d'une prostatite aiguë ; elle a été retrouvée 67 fois soit un taux de 7,22% des cas dans notre étude contre 50% des cas pour MEARES et STAMEY [28] en 1968 en France, 50% pour MOBLEY D.E.[31] en 1975 en France; 48,5% pour PECHER J.C. et CHATELAIN C. [35] en 1986 en France; 49% des cas pour CYRIL C.WIGGISHOFF [10] en Juin 1980 à Chicago.

Les troubles de la miction (pollakiurie, brûlures mictionnelles, dysurie, ...) ont été les premiers motifs de consultation en urologie soit 22,8% des cas dans notre étude contre 31% pour MOBLEY D.E. [31] en 1975 en France, 33,4% pour DEBRE B., FLAM T., LAMDE P. [11] en 1976 en France et 42% des cas pour DRABICK J.J. et collaborateurs [13] en Juin 1997 en Haïti.

La pollakiurie est signalée 76 fois soit un taux de 8,2% des cas dans notre étude contre 24,1% des cas pour VANDERHEYDEN et CUKIER [42] en 1975 en Belgique pour un échantillon de 29 cas; 10,2% pour CYRIL C. WIGGISHOFF [10] en Juin 1980 à Chicago; 14,5% pour MILLAN RODRIGUEZ F. [30] en 1995 en Espagne.

Les brûlures mictionnelles sont signalées 75 fois soit un taux de 8,1% des cas dans notre série contre 48,2% des cas [42] en 1975 en Belgique; 11,5% pour MILLAN RODRIGUEZ F. et collaborateurs [30] en 1975 en Espagne.

La dysurie est déclarée 60 fois soit 6,2% des cas dans notre étude contre 10,3% des cas pour HERTZ BOYER [18] en 1933 en Allemagne; 3,1% des cas pour SHORTLIFFEL H. [40] en 1983 en Amérique du nord.

Ces troubles mictionnels s'expliquent essentiellement par le fait que les urines d'amont quelle qu'en soit la cause peuvent coloniser les canaux prostatiques ce qui gêne le libre écoulement des urines dans la filière urétrale. C'est le cas des obstacles cervico-prostatiques ou de l'urètre antérieur.

La douleur (lombo-sacrée, urétrale, périnéale) est signalée dans 28,2% des cas dans notre étude contre 38,8% des cas pour MILLAN RODRIGUEZ F. [30] en 1995 en Espagne et 40% des cas pour DRABICK J.J. et collaborateurs [13] en Juin 1997 en Haïti.

La gêne rectale est signalée dans 5,07% des cas dans notre série contre 8% des cas pour MOBLEY D.E. [31] en 1975 en France.

Ces différences peuvent s'expliquer par la prise d'antiseptiques urinaires ou d'antibiotiques et des antalgiques avant de consulter un centre spécialisé.

Ceci est important car ça peut mener aux formes chroniques [10] [29].

3°). Les antécédents et les étiologies:

Ils sont signalés à l'interrogatoire soit de façon subjective soit confirmés par la clinique.

L'urétrite gonococcique a été retrouvée chez 20,5% des cas dans notre étude à l'interrogatoire. Cela constitue un facteur de risque des prostatites aiguës selon BLAKLOCK N. et collaborateurs [6] en 1974 en France.

MEARES et STAMEY en 1935 [29] avant l'avènement des sulfamides avaient signalé que l'urétrite gonococcique était la principale cause des prostatites. Ces mêmes auteurs en 1968 trouvaient que 70 % de prostatites étaient causées par l'urétrite gonococcique. En 1976 MANGNIN P. et FOURNIER C. trouvaient 75% des cas [22].

La bilharziose urinaire est fréquente avec un taux de 24,8% des cas dans notre étude contre 2,2% des cas pour CHATELAIN C.H.[8] et collaborateurs en 1977 en France et 11% des cas pour MILLAN RODRIGUEZ F. et collaborateurs [30] en 1995 en Espagne.

Cette différence nette s'explique par l'endémie bilharzienne au Mali. Et cette incrimination d'endémie bilharzienne dans les causes de prostatites est confirmée par MARDH P. et COLLEEN S.[23] en 1975 en Suède.

L'explication donnée aux infections ci-dessus évoquées comme étant les principales étiologies est que l'infection s'installe par voie lymphatique aussi selon VANDERHEYDEN D. et CUKIER J. [42] en 1975 en Belgique et CYRIL C.WIGGISHOFF [10] en Juin 1980 à Chicago.

4°. L'examen physique:

Un toucher rectal normal n'exclue pas le diagnostic d'une prostatite [10] [13] [30].

Au toucher rectal la prostate est sensible dans 41,4% des cas dans notre étude contre 8,7% des cas pour THIN et SIMMONS [41] en 1983 en Angleterre. Cette différence des taux peut s'expliquer par une prise des médicaments antalgiques, anti inflammatoire avant la consultation de l'urologue. En Europe en présence de tout signe urinaire et ou non associé à une fièvre, les patients consultent toujours le spécialiste avant d'entreprendre tout traitement.

Au toucher rectal la prostate est normale dans 16,1% des cas dans notre étude contre 70% des cas selon la littérature [13] [41].

La prostate est congestive dans 34,4% des cas dans notre série au toucher rectal contre 84,5% pour BLAKLOCK [6] en 1974 en Angleterre et 44% des cas pour CYRIL C. WIGGISHOFF [10] en Juin 1980 à Chicago.

Au Mali en matière de prostatite le toucher rectal est un bon examen dans plus de 70% des cas.

5°). Les examens complémentaires:

a) Examens cytbactériologiques des urines et des sécrétions prostatiques:

Ils posent le diagnostic positif des prostatites. Cependant leur négativité ne doit pas exclure le diagnostic d'une prostatite [13] [26] [29].

La négativité des tests chez nous peut être due au fait que les germes sont décapités par la prise d'antibiotique sans antibiogramme, ou de la performance de nos matériels de dépistage et du technicien.

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 51,3% des cas avaient une leucocyturie supérieure à 10 000. Ce taux est conforme à celui de MEARES et STAMEY [26] en 1968 en Amérique du nord et de WILLIAM R. et FAIR M. D. [40] en 1984 en Amérique du nord et de MARDH P.A. et COLLEEN S. en 1975 en Angleterre.

Pour MEARES et STAMEY, WILLIAM R. et FAIR, MARDH P.A. et COLLEEN S. une leucocyturie supérieure à 10 000 signifie l'existence de foyer inflammatoire qui est pathognomonique de prostatite chronique.

Pour nous cela signifie aussi l'existence de foyer inflammatoire pouvant entraîner une infection source de prostatite chronique due à une décapitation des germes par un antibiotique sans antibiogramme fait au préalable.

b). Les germes en cause:

Au cours de notre étude on a retrouvé des germes chez 79 malades sur 121 patients (65,2%).

Les cocci à gram négatif sont responsables de 24% de prostatite contre 26% des cas pour [42] en 1975 en Belgique.

Escherichia Coli seul est responsable de 12% des prostatites bactériennes dans notre étude contre 80% des cas dans la littérature [2;10;17;29;36] et 64% pour MILLAN RODRIGUEZ F. [30] en 1995 en Espagne.

Klébsiella oxytoca est retrouvé dans 4,9% des cas dans notre étude contre 10% des cas pour MEARES et STAMEY en 1968 en Amérique du nord.

Pseudomonas aeruginosa est retrouvé dans 4,2% cas dans notre série. Ce chiffre se rapproche de celui de RODRIGUEZ F. [30] en 1995 en Espagne (6%).

Escherichia Coli, *Klébsiella oxytoca* sont retrouvés soit au niveau du rein ou au niveau de la vessie. L'infection atteint la prostate soit par voie descendante à partir d'une atteinte renale ou vesicale, soit par voie ascendante à partir d'une infection urétrale (lors d'un prélèvement, sondage vésical, cystoscopie).

Le *Pseudomonas aeruginosa* étant un germe de l'hôpital peut infecté le malade par suite de manipulations des instruments non septiques (sondage, cystoscopie) par voie ascendante.

c) Imageries médicales :

Deux examens ont été fait dans notre étude (Echographie transvésicale et Uréthro Cystographie Rétrograde).

c.1) L'Echographie transvésicale : a été faite chez 37 patients; elle a décelé une hypertrophie homogène avec calcification prostatique en faveur d'une prostatite chronique chez 25 patients soit 67,5% des cas.

Cette affirmation est contraire à FORNAGE B.[9] en France où il dit que les images échographiques ne sont pas spécifiques. Souvent on peut trouver une prostate asymétrique, hyperéchogène; parfois des dilatations des vésicules séminales (obstruction inflammatoire des canaux éjaculateurs ou diffusion du processus inflammatoire).

L'échographie transrectale est plus performante et plus fiable dans le diagnostic d'une prostatite [9].

c.2) L'uréthro-cystographie-retrograde : aussi a été effectuée sur 37 patients en fonction de la dysurie. Elle a révélé un rétrécissement de l'urètre postérieur chez 25 patients. Tandis que dans la littérature l'UCR n'est pratiqué qu'en cas d'urographie intraveineuse ne permettant pas l'analyse précise du bas appareil urinaire [22] en 1986 en France.

Ces 25 patients ayant un rétrécissement de l'urètre ont subi une dilatation de l'urètre au béniquet. Par contre dans la littérature beaucoup d'auteurs préfèrent le cathétérisme sus-pubien [21;27] 1898 et 1921 en France et [30] en 1995 en Espagne qui permet de libérer la filière urétrale et de diminuer l'oedème ou l'inflammation au niveau de l'urètre avant de faire une éventuelle dilatation.

Cette technique n'est pas faite chez nous car elle est difficile pour le Médecin.

6°). Le traitement:

Le traitement des prostatites est long et difficile avec parfois des possibilité de récurrence [13;30;37;41].

Tous nos patients ont été mis sous antibiotiques après antibiogramme si un germe a pu être isolé et sous anti inflammatoire.

Moyens et Méthodes

Le critère d'antibiothérapie a été basé sur l'antibiogramme.

Un seul antibiotique a été donné chez certains patients car il a répondu favorablement au traitement basé sur un antibiogramme fait.

Il y a eu association de deux antibiotiques car le premier antibiotique n'a pas complètement guéri le patient et on a pris relais avec un second tout en tenant compte aussi de leur moyen financier.

Les fluoroquinolones par leur bonne diffusion prostatique et leur bon résultat occupent une place de choix dans le traitement des prostatites. Leur efficacité a été prouvée par une étude menée en 1985 en Angleterre par BERGERON M.G. et DENIS D. [5] où ils trouvent 64,5% des cas de succès; 70,2% des cas d'efficacité en 1994 en Amérique du nord pour RAZ R., ROTTENSTERICH E. [37] et 71,3% des cas de succès pour MILLAN RODRIGUEZ F. [30] en 1995 en Espagne. Leur taux d'efficacité ou de diffusion prostatique se rapproche de celui de notre étude où il est de 64,5% des cas pendant 4 semaines.

Le cotrimoxazole en dépit des constatations théorique est pour MEARES et STAMEY [29] en 1968 en France un des antibiotiques aux meilleurs résultats avec des taux d'efficacité variant de 32 à 71% des patients traités de façon prolongée pour prostatite (1 à 3 mois) [14] [30] [34] [35].

Au cours de notre étude l'association Erythromycine et Cotrimoxazole a donné de bons résultats soit 12,4% des cas ; mais MOBLEY en 1974 en France avec Erythromicine seul a obtenu de bons résultats durant 6 semaines de traitement.

Les séances de dilatation au bényquet ont été effectuées chez 25 patients présentant un rétrécissement de l'urètre sur 37 cas(67,6%) alors que dans la littérature beaucoup d'auteurs préfèrent le cathétérisme sus-pubien [21] [7] en France de 1898 à 1921 et [42] en 1995 en Espagne.

Tous nos patients ont bénéficié des séances de massage prostatique après 10 jours de traitement d'antibiotique au rythme d'une fois par semaine [42] en 1995 en Espagne et DRABICK J.J. et collaborateurs [13] en 1997 en Haïti.

Le massage prostatique se fait après 10 jours de traitement antibiotique pour éviter la dissémination des germes.

Le bain de siège a été fait à tous les malades [30].

Pronostic : Il est fonction de la précocité du diagnostic et de l'efficacité du traitement.

Sur les 121 malades retenus au cours de notre étude 33,9% des cas étaient guéris au premier mois soit 4 semaines de traitement. Ces malades ne présentaient plus de signes cliniques.

Au deuxième mois 73,8% des cas étaient guéris.

Enfin au troisième mois 71,4% des cas aussi étaient guéris.

Nous avons constaté 15 cas de récurrence soit 12,39% des cas contre 18 à 21% des cas pour MILLAN RODRIGUEZ F. et collaborateurs [30] en 1995 en Espagne et DRABICK J.J. en JUIN 1997 en Haïti.

CONCLUSION
&
RECOMMENDATIONS

CHAPITRE VI: Conclusions et Recommandations

Au terme de notre étude , nous pouvons dire que les prostatites chroniques sont fréquentes avec un taux de 51,7% des cas surtout chez les jeunes.

La symptomatologie clinique est mal définie entraînant des difficultés de diagnostiques.

Le diagnostic a été clinique dans 34,7% des cas mais repose sur l'examen cytbactériologique des urines et des sécrétions prostatiques dans 65,3% des cas.

La négativité des tests d'ECBU et des sécrétions prostatiques avec un toucher rectal normal n'excluent pas le diagnostic de prostatite (44,6% des cas).

L'échographie transvésicale a montré des images en faveur d'une prostatite dans 67,6% des cas sur un effectif de 37 patients ayant fait cette imagerie (25/37).

L'Urétrocystographie rétrograde a décelé un rétrécissement de l'urètre dans 67,6% des cas sur un effectif de 37 patients ayant fait cet examen (25/37).

Le traitement des prostatites a été long et difficile et sera effectué en fonction de l'antibiogramme si un germe a pu être isolé. Une deuxième phase comportant des possibilités de récurrence.

Le traitement adjuvant a été aussi associé aux autres moyens thérapeutiques (massage prostatique, anti inflammatoire, décongestionnant pelvien).

Pour ces différentes raisons nous recommandons:

1°) Aux malades :

- Devant tout signe urinaire qu'il soit minime ou grave et ou non associé à une fièvre de faire une consultation urologique.

2°) Personnels soignants:

- le dépistage précoce chez les jeunes présentant une fièvre, des troubles de la miction par un ECBU et des sécrétions prostatiques en le rendant obligatoire dans le bilan urologique
- la recherche chez tous les jeunes des facteurs favorisants:
 - antécédents urologiques (sondages, cystoscopie, bilharziose urinaire)
 - liés à l'alimentation (constipation)
 - froid
 - maladies sexuellement transmissibles (SIDA- Urérite gonococcique, Chlamydie)
- de pratiquer un toucher rectal chez tous les jeunes
- de pratiquer l'abdomen sans préparation, l'échographie, ou d'urétrocystographie rétrograde à la recherche de calcul, de calcification prostatique ou de rétrécissement urétral
- l'adaptation du traitement à l'antibiogramme si un germe a pu être isolé
- de pratiquer des séances de massage prostatique
- un contrôle clinique et cyto bactériologique à l'issue du traitement des prostatites

3°) Aux administrateurs:

- l'installation dans les Hôpitaux du Mali des laboratoires bien équipés dotés d'un personnel suffisant qualifié. Cela nous permettra d'obtenir des résultats d'examen dans des délais très courts permettant d'instaurer un traitement efficace et précoce.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

CHAPITRE VII: Bibliographie

1) ADERSON R. U. et WELLER C.

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

2) ANTOINE B. et MOULONGUET A.

Les infections de la prostate. J. Urol 1983 Tome 2, pages 399 - 402. Paris.

3) BAERT. L, MATTELAER J.

Traitement des prostatites chroniques bactériennes par injection des antibiotiques dans la prostate. J. Urol 1983, 21: 370-5.

4) BARSANTI J., CROWELL W. et FINCOD

Induction of chronic bacterial prostatitis in the dog J. Urol 1982, 127: 1215-9

5) BERGERON MG, THABET M., ROY R.

Norfloxacin penetration into human renal and prostatitis tissues. Antimicrob Agents Chamoter, 1985, 28: 349-350.

6) BLACKLOCK N.J.

Les facteurs anatomiques des prostatites. J. Urol. 1974, 46: 47-54.

7) BOUTEAU T.

les prostatites ligneuses TII. Paris Masson 1938 P283.

8) CHATELAIN C. et C. RICHARD.

La bilharziose urogénitale. J. Urol 1977, 83: 1-291

9) CUNHA G.R. et FORNAGE B.

Mesenchymal - epithelial interactions during androgen - induced development of the prostate. Prog. Chin, Biol - Res. 1985, 171: 15-21

10) CYRIL C. WIGGISHOFF

Les prostatites infectieuses. Tempo Médical ed Afrique n°6 Juin 1980

11) DEBRE B., FLAM T., LANDE P.

Les prostatites aiguë et chronique . Impact. Médecin Hebdo N° 346. 13
Décembre 1996-IX.

12) DELMAS V. et DAUGE M. C.

Embryologie de la prostate. Etat actuel des connaissances 1991. Paris. Masson
P.13

13) DRABICK J.J.; GAMBEL J.M.

Prostatodynia in united nations peace keeping forces in Haïti. Military medecine
162, 6: 380-3 1987 Jun.

14) DRACH. G. W.

Trimethoprim sulfamethaxazole dans le traitement de la prostatite bactérienne.
J. Urol 1974, 111: 637-9.

15) FORNAGE B.

Echographie de la prostate. Vigot , ed Paris 1975 pp 171-178

16) GORDON H. L. et MILLER D. H.

Viral studies in patients with no specific prostatoure thrithis . J. Urol 1972, 108:
299-300

17) GUIBERT J., GOLDSTEIN F. W. et LA. FAIX C.

Les infections a entérobactéries, Encycl. Méd. Chir. Maladies infectieuses, 1985.
P. 105

18) HERTZ - BOYER

Les formations diverticulaires de la prostate. J. Urol. Juillet 1933, 56: 40

19) HUGGINS C.

The prostatic secretion. Harvey. Lect, 1946, 52: 147-8

20) HUMBER G.

Les traitements courts de l'infection urinaires. Méd. Mal. Infect 1981,
21: 109-23

21) JANET H.

Traitement des prostatites chroniques IV Session de l'association française
d'urologie 1898. Paris - 317

22) JONES S.R.

Prostatitis as cause of antibody-coated bacteria in urine. New Engl. Méd.1974,
291: 365

23) KADMON D. et LING D.

Drainage des abcès prostatiques J. Urol 1986, 135: 1259-60

24) KHOURY S.

Anatomie chirurgicale de la prostate. Physiologie exocrine de la prostate. SCI
1991. Dernière Page 33

25) MANGNIN P. et FOURNIER G.

Les prostatites.. *Encycl. Méd. Chir Reins Organes GénitoUrinaires* 18520. 1986.
N°17P

26) 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. Nephrol* 1975, 9: 8-16.

27) MARROIR A.

De la prostatectomie sus-pubienne dans les prostatites chroniques. *J. Urol* 1921,
1: 324-6

28) MARTIN-DUPAN R. C.

Les prostattites asymptomatiques et stérilité du couple. Effet d'un traitement par la
doxycycline *Rundch Méd.* 1984, 73: 828-30

29) MEARES E. M. et STAMEY T. A.

Bacteriologic localisation patterns in bacterial prostatitis and urethritis. *Invest.
Urology.* 1968, 5: 492-519

30) MILLAN RODRIGUEZ F.

Managment of acute prostatitis: experience with 84 patients. *48, 2*: 129-36, Mars
1995.

31) MOBLEY D. E.

Erythromycine et bicarbonate de sodium dans les prostatites bactériennes
chroniques *J. Urol* 1975, 48: 245- 253. Paris.

32) MOORE R.A.

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

33) NAVRATIL H.

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

34) P. FAU. A. et SACKS T.

Les prostatites bactériennes chroniques. Nouveaux aspects thérapeutiques. B. J. 1976, 48: 245-53

35) PAULSON D. F., WHITE R.D.

Trimethoprim and minocycline hydrochloride in the treatment of culture proved bacterial prostatitis. Urology 1985. 25: 439-459.

36) PECHERE J. C., L. BOCCON. GIBOD., C. CHATELAIN

Pathologie infectieuse et parasitaire. S.Khoury. Urol. Eds. Traité d'urologie. Paris: Masson 1986. 278-84

37) RAZ R., ROTTENSTERICH E.

(Double-blind Study. Comparing Z. day regimen of cefexime and ofloxacin in treatment of a complicated urinary tract infections in women Antimicrob, Agents, Chemother. 1994; 38: 1176-7.

38) RORIVE T. et DEMONT J.

Les prostatites chroniques, Encycl. Méd. Chir, Maladies infectieuses, 1986. 8003 D¹⁰, 6p.

39) SCHWARZ J.

Les prostatites mycosiques. J. Urol 1982, 1: 5

40) SHORTLIFFEL H.

Style et diagnostic thérapeutique des prostatites. West. J. Méd 1983, 139: 542-4

41) THIN R.N. et SIMMONS P.D.

Chronic bacterial and no bacterial prostatitis. J. Urol 1983, 55: 513-8

42) VANDERHEY DEN. D. et CUKIER J.

Les prostatites aiguës et chroniques bactériennes non spécifiques. Etude sémiologique et thérapeutique à propos de 100 cas. Actualité urologique Belgique 1975, 43: 434-5.

43) VIOLET G.

L'urologie en 20 leçons. Malione S.A. Paris, Edition 1978, 155.

44) WILLIAM R. et FAIR M.D.

Diagnostic des prostatites. Encycl. Méd. Chir, Urologie 1984, 24: 6-7

ANNEXES

 PROSTATITES EN CONSULTATIONS UROLOGIQUES

ETAT SOCIO.DEMOGRAPHIQUE

{Q1} Nom et Prénoms		<A	>
{Q2} Age		##	ans
{Q3} Profession		#	
{Q4} Statut matrimonial	1=Mari, 2=Celibataire	#	
{Q5} RESIDENCE	1=Bamako 2=Hors Bamako	#	

 ANTECEDENTS

{Q6} Uretrite Gonococcique	oui ou non	<Y>
{Q7} Orchi - epididimite	oui ou non	<Y>
{Q8} Bilharziose urinaire	oui ou non	<Y>
{Q9} Abstinence sexuelle	oui ou non	<Y>

 CLINIQUE

{Q10} Asthenie sexuelle	oui ou non	<Y>
{Q11} Ejaculation precoce	oui ou non	<Y>
{Q12} Hémospermie	oui ou non	<Y>
{Q13} Dysurie	oui ou non	<Y>
{Q14} Pollakiurie	oui ou non	<Y>
{Q15} Prostatorrhée	oui ou non	<Y>
{Q16} Pesanteur pelvienne	oui ou non	<Y>
{Q17} Douleur lombo sacrée	oui ou non	<Y>
{Q18} Douleur mictionnelle	oui ou non	<Y>
{Q19} Douleur urethrale	oui ou non	<Y>
{Q20} Douleur post coitale	oui ou non	<Y>
{Q21} Douleur testiculaire	oui ou non	<Y>
{Q22} DOULEUR Périnéale	oui ou non	<Y>
{Q23} Picotement urethral	oui ou non	<Y>
{Q24} Fièvre	oui ou non	<Y>

 EXAMEN PHYSIQUE

{Q25} Congestion prostatique	oui ou non	<Y>
{Q26} Prostate dure	oui ou non	<Y>
{Q27} Douleur prostatique	oui ou non	<Y>
{Q28} Douleur sus pubienne	oui ou non	<Y>
{Q29} Epididimo - testiculaire	oui ou non	<Y>
{Q30} Douleur funiculaire	oui ou non	<Y>

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

{Q31} Germes

#

{Q32} Echographie prostatique 1=Normale 2=Pathologique #

{Q32a} Si pathologique 1=calcification prostatique 2=hyper trophie prostatique #

{Q33} UCR 1=normale 2=retrecissement de l'urètre #

TRAITEMENT

{Q34} AINS oui ou non <Y>

{Q35} Antalgique oui ou non <Y>

{Q36} Antibiotiques #

{Q37} Décongestif pelvien oui ou non <Y>

{Q38} Massage prostatique oui ou non <Y>

{Q39} Bain de siège oui ou non <Y>

{Q40} Vitaminotherapie plus Stimulant oui ou non <Y>

{Q41} Anxiolytique oui ou non <Y>

RESULTATS EVOLUTION

{Q42} 1er Mois 1=gueri 2=non guéri #

{Q43} 2eme Mois 1=gueri 2=non guéri #

{Q44} 3eme Mois 1=gueri 2=non guéri #

*****FIN*****

Résumé

Nom: DIALLO **Prénom:** Pathé Boubacar

Titre: Aspects des prostatites en consultation dans le service d'urologie de l'Hôpital National du Point-G : 121 cas.

Année: 1998

Ville de soutenance: Bamako

Pays d'origine: Mali

Lieu de dépôt: Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie (FMPOS) de l'Université du Mali

Secteur d'intérêt: Urologie

Résumé

Notre étude est transversale. Elle s'étend sur une période de 15 mois allant d'Octobre 1995 à Décembre 1996 au service d'urologie de l'Hôpital du Point-G. Elle porte sur 121 cas de prostatite.

Nos objectifs sont:

- déterminer la fréquence des prostatites en consultation dans le service d'urologie de l'Hôpital du Point-G
- définir le polymorphisme clinique
- définir les critères diagnostiques de la prostatite
- déterminer les moyens thérapeutiques et donner quelques recommandations pratiques.

Les prostatites représentent 17,04% de nos consultations externes. Elles constituent une des premières causes de consultation des jeunes en urologie. L'âge moyen de nos malades a été de 31,6 ans avec des limites d'âge allant de 17 à 61 ans.

La symptomatologie clinique des prostatites est mal définie et pose des problèmes diagnostique et thérapeutique. Les signes fonctionnels le plus souvent rencontrés ont été : la prostatorrhée (11,5%), la douleur lombo-sacrée (10%), la pesanteur pelvienne (9,4%) et les brûlures mictionnelles (8,1%).

Les étiologies et antécédents avaient été inconstants au cours de notre étude : la bilharziose urinaire (35,3 %), l'urethrite gonococcique (20,5%).

Le diagnostic des prostatites a été clinique dans 34,7% des cas, mais repose cependant sur l'examen cytobactériologique des urines et des sécrétions prostatiques dans 65,3% des cas. Les germes retrouvés ont été le staphylocoque à coagulase négative (22,3%), Escherichia coli (12,7%) et le Neisseria gonorrhoeae (12,3%).

L'échographie transvésicale a été faite chez 37 patients où elle a montré une hypertrophie prostatique homogène avec calcification en faveur d'une prostatite chronique chez 25 patients (67,5%).

Enfin l'UCR a été effectuée chez 37 patients où elle a décelé un rétrécissement de l'urètre postérieur chez 25 patients.

Le traitement de la prostatite a été long et difficile, fait en fonction de l'antibiogramme si un germe a pu être isolé ; avec une deuxième phase comportant des récidives.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, 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 à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y 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 !