

Syphilis • VIH • Chlamydia • Herpès
génital • Condylomes • Gonorrhée

Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques

Prostatite

Herpès génital • Condylomes • Gonorrhée

LGV • Syphilis • VIH • Chlamydia • Herpès
génital • Condylomes • Gonorrhée • LGV

Syphilis • VIH • Chlamydia • Herpès
génital • Condylomes • Gonorrhée • LGV

Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement

ÉDITION
2006

Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes directrices can
canadiennes sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les
sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes
Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes directrices can
canadiennes sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les
sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes



Agence de santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

PROSTATITE

La prostatite n'est pas considérée comme une infection transmise sexuellement (ITS). Elle fait partie des présentes lignes directrices afin d'aider les professionnels de la santé dans la prise en charge des hommes présentant des symptômes génito-urinaires.

Définition

Il n'est pas facile d'établir une définition globale de la prostatite car chaque syndrome de prostatite présente des caractéristiques distinctes. J.N. Krieger la définit comme suit : « *"Prostatite" est le diagnostic posé chez un grand nombre d'hommes faisant état de divers symptômes siégeant dans la partie inférieure de l'appareil génito-urinaire et du périnée¹.* »

En 1995, le National Institute of Health des É.-U., National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIH-NIDDK) a proposé une première classification des syndromes de prostatite avant de la publier en 1998. Une réunion de concertation du réseau National Institutes of Health Chronic Prostatitis Collaborative Research Network tenue en mars 2002 a confirmé l'approbation par le milieu de la recherche en urologie de ce système de classification². Le tableau 1 permet de comparer la classification NIH-NIDDK avec le système de classification classique.

Tableau 1. Classification NIH-NIDDK des syndromes de prostatite

Classification NIH-NIDDK	Classification classique	Caractéristiques
Catégorie I : Prostatite bactérienne aiguë	Prostatite bactérienne aiguë	Infection bactérienne aiguë de la prostate
Catégorie II : Prostatite bactérienne chronique	Prostatite bactérienne chronique	Infection chronique de la prostate caractérisée par des infections récurrentes des voies urinaires
Catégorie III : Prostatite chronique/syndrome pelvien douloureux chronique (PC/SPDC)		Symptômes de malaise ou douleur dans la région pelvienne pendant au moins trois mois, en l'absence de bactéries uropathogènes cultivées selon les méthodes courantes

Tableau 1. Classification NIH-NIDDK des syndromes de prostatite (suite)

Classification NIH-NIDDK	Classification classique	Caractéristiques
Catégorie IIIA : Syndrome pelvien douloureux chronique inflammatoire	Prostatite chronique non bactérienne	Présence notable de leucocytes dans les EPS, le VB3 ou le sperme
Catégorie IIIB : Syndrome pelvien douloureux chronique non inflammatoire	Prostatodynie	Pas de présence notable de leucocytes dans les EPS, le VB3 ou le sperme
Catégorie IV : Prostatite inflammatoire asymptomatique	Aucune	Leucocytes dans les EPS, le VB3, le sperme ou les tissus prostatiques au cours d'une évaluation clinique pour d'autres troubles chez des hommes qui ne présentent aucun symptôme de prostatite

EPS (en anglais « *expressed prostatic secretions* ») = sécrétions obtenues par massage prostatique
 VB3 = « voided bladder 3 specimen » ou 3^e jet d'urine (voir la section « Diagnostique »)

Il existe trois différences importantes entre l'approche classique et les nouvelles approches du NIH-NIDDK visant à classer le syndrome de prostatite³.

- La nouvelle classification clinique comprend une évaluation systématique des symptômes caractéristiques de la prostatite, généralement réalisée à l'aide du NIH — Chronic Prostatitis Symptom Index (voir le tableau 2). Cet indice des symptômes vise à être évaluatif plutôt que discriminant et il ne doit pas servir d'outil de dépistage ou de diagnostic. Il est conçu pour fournir un indice de la gravité des symptômes et de leur incidence sur la qualité de vie des hommes atteints de prostatite chronique.
- La distinction établie entre la prostatite chronique/le syndrome pelvien douloureux chronique (PC/SPDC) inflammatoire et non inflammatoire est nettement différente de celle associée à l'approche classique de la prostatite non bactérienne et de la prostatodynie.
- Ces nouveaux concepts fournissent un cadre critique pour l'élaboration de la recherche sur les causes, l'évaluation et le traitement des syndromes de prostatite.

Tableau 2. Indice NIH des symptômes de la prostatite chronique^{4*}

* En anglais – NIH-Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI)

DOULEUR OU MALAISE																							
1. Au cours de la dernière semaine, avez-vous éprouvé des douleurs ou des malaises dans les régions suivantes?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Oui</td> <td>Non</td> </tr> <tr> <td>a. Entre le rectum et les testicules (périnée)</td> <td><input type="checkbox"/> (1)</td> <td><input type="checkbox"/> (0)</td> </tr> <tr> <td>b. Les testicules</td> <td><input type="checkbox"/> (1)</td> <td><input type="checkbox"/> (0)</td> </tr> <tr> <td>c. L'extrémité du pénis (sans lien avec la miction)</td> <td><input type="checkbox"/> (1)</td> <td><input type="checkbox"/> (0)</td> </tr> <tr> <td>d. Bas-ventre dans la région du pubis ou de la vessie</td> <td><input type="checkbox"/> (1)</td> <td><input type="checkbox"/> (0)</td> </tr> </table>		Oui	Non	a. Entre le rectum et les testicules (périnée)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	b. Les testicules	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	c. L'extrémité du pénis (sans lien avec la miction)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	d. Bas-ventre dans la région du pubis ou de la vessie	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)							
	Oui	Non																					
a. Entre le rectum et les testicules (périnée)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)																					
b. Les testicules	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)																					
c. L'extrémité du pénis (sans lien avec la miction)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)																					
d. Bas-ventre dans la région du pubis ou de la vessie	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)																					
2. Au cours de la dernière semaine, avez-vous ressenti :	<table border="0"> <tr> <td>a. Une douleur ou une brûlure pendant la miction?</td> <td><input type="checkbox"/> (1)</td> <td><input type="checkbox"/> (0)</td> </tr> <tr> <td>b. Une douleur ou un malaise pendant ou après l'éjaculation?</td> <td><input type="checkbox"/> (1)</td> <td><input type="checkbox"/> (0)</td> </tr> </table>	a. Une douleur ou une brûlure pendant la miction?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	b. Une douleur ou un malaise pendant ou après l'éjaculation?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)																
a. Une douleur ou une brûlure pendant la miction?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)																					
b. Une douleur ou un malaise pendant ou après l'éjaculation?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)																					
3. À quelle fréquence avez-vous ressenti des douleurs ou des malaises dans l'une ou l'autre de ces régions, au cours de la dernière semaine?	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> (0) Jamais</td> <td><input type="checkbox"/> (3) Souvent</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (1) Rarement</td> <td><input type="checkbox"/> (4) Très fréquemment</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (2) À quelques reprises</td> <td><input type="checkbox"/> (5) En permanence</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> (0) Jamais	<input type="checkbox"/> (3) Souvent	<input type="checkbox"/> (1) Rarement	<input type="checkbox"/> (4) Très fréquemment	<input type="checkbox"/> (2) À quelques reprises	<input type="checkbox"/> (5) En permanence																
<input type="checkbox"/> (0) Jamais	<input type="checkbox"/> (3) Souvent																						
<input type="checkbox"/> (1) Rarement	<input type="checkbox"/> (4) Très fréquemment																						
<input type="checkbox"/> (2) À quelques reprises	<input type="checkbox"/> (5) En permanence																						
4. Quel nombre décrit le mieux la douleur ou le malaise moyen ressenti au cours de la dernière semaine?	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> <td><input type="checkbox"/> 6</td> <td><input type="checkbox"/> 7</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> <td><input type="checkbox"/> 10</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Aucune douleur</td> <td colspan="5">Aussi douloureux qu'on puisse imaginer</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	Aucune douleur						Aussi douloureux qu'on puisse imaginer				
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10													
Aucune douleur						Aussi douloureux qu'on puisse imaginer																	
MICTION																							
5. Au cours de la dernière semaine, à quelle fréquence avez-vous ressenti l'impression que votre vessie n'était pas complètement vidée après la miction?	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> (0) Jamais</td> <td><input type="checkbox"/> (3) Près de la moitié du temps</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (1) Moins d'1 fois sur 5</td> <td><input type="checkbox"/> (4) Plus de la moitié du temps</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (2) Moins de la moitié du temps</td> <td><input type="checkbox"/> (5) Presque toujours</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> (0) Jamais	<input type="checkbox"/> (3) Près de la moitié du temps	<input type="checkbox"/> (1) Moins d'1 fois sur 5	<input type="checkbox"/> (4) Plus de la moitié du temps	<input type="checkbox"/> (2) Moins de la moitié du temps	<input type="checkbox"/> (5) Presque toujours																
<input type="checkbox"/> (0) Jamais	<input type="checkbox"/> (3) Près de la moitié du temps																						
<input type="checkbox"/> (1) Moins d'1 fois sur 5	<input type="checkbox"/> (4) Plus de la moitié du temps																						
<input type="checkbox"/> (2) Moins de la moitié du temps	<input type="checkbox"/> (5) Presque toujours																						
6. Au cours de la dernière semaine, à quelle fréquence avez-vous dû uriner moins de deux heures après avoir uriné?	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> (0) Jamais</td> <td><input type="checkbox"/> (3) Près de la moitié du temps</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (1) Moins d'1 fois sur 5</td> <td><input type="checkbox"/> (4) Plus de la moitié du temps</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (2) Moins de la moitié du temps</td> <td><input type="checkbox"/> (5) Presque toujours</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> (0) Jamais	<input type="checkbox"/> (3) Près de la moitié du temps	<input type="checkbox"/> (1) Moins d'1 fois sur 5	<input type="checkbox"/> (4) Plus de la moitié du temps	<input type="checkbox"/> (2) Moins de la moitié du temps	<input type="checkbox"/> (5) Presque toujours																
<input type="checkbox"/> (0) Jamais	<input type="checkbox"/> (3) Près de la moitié du temps																						
<input type="checkbox"/> (1) Moins d'1 fois sur 5	<input type="checkbox"/> (4) Plus de la moitié du temps																						
<input type="checkbox"/> (2) Moins de la moitié du temps	<input type="checkbox"/> (5) Presque toujours																						

Tableau 2. Indice NIH des symptômes de la prostatite chronique⁴ (suite)

INCIDENCES DES SYMPTÔMES	
7. Au cours de la dernière semaine, dans quelle mesure vos symptômes vous ont-ils empêché de faire ce que vous faites d'habitude?	<input type="checkbox"/> (0) Jamais <input type="checkbox"/> (2) À quelques reprises <input type="checkbox"/> (1) Rarement <input type="checkbox"/> (3) Souvent
8. À quelle fréquence avez-vous pensé à vos symptômes, au cours de la dernière semaine?	<input type="checkbox"/> (0) Jamais <input type="checkbox"/> (1) Rarement <input type="checkbox"/> (2) À quelques reprises
QUALITÉ DE VIE	
9. Si vous deviez passer le reste de votre vie avec les mêmes symptômes que ceux que vous avez éprouvés au cours de la dernière semaine, comment vous sentiriez-vous?	<input type="checkbox"/> (0) Enchanté <input type="checkbox"/> (4) Plutôt mécontent <input type="checkbox"/> (1) Content <input type="checkbox"/> (5) Malheureux <input type="checkbox"/> (2) Relativement satisfait <input type="checkbox"/> (6) Extrêmement malheureux <input type="checkbox"/> (3) Mitigé (ni satisfait ni mécontent)
Pointage des rubriques de l'indice NIH des symptômes de la prostatite chronique	
Douleur :	total des points 1a, 1b, 1c, 1d, 2a, 2b, 3 et 4 = _____ (de 0 à 21)
Symptômes urinaires :	total des points 5 et 6 = _____ (de 0 à 10)
Incidence sur la qualité de vie :	total des points 7, 8 et 9 = _____ (de 0 à 12)

Étiologie

Le tableau 3 présente les connaissances les plus récentes sur les agents étiologiques impliqués dans les différents syndromes de prostatite⁵.

Tableau 3. Agents étiologiques des différents syndromes de prostatite

Syndrome de prostatite	Agents étiologiques
Catégorie I — Prostatite bactérienne aiguë	<p>Le plus fréquent : <i>Escherichia coli</i>, suivi par les espèces du genre <i>Proteus</i> et <i>Providentia</i>.</p> <p>Moins courants : <i>Klebsiella</i>, <i>Pseudomonas</i>, <i>Serratia</i> et <i>Enterobacter</i>.</p> <p>De moindre importance : <i>Enterococci</i>.</p> <p>Le rôle des bactéries Gram positif est envisagé, mais on estime qu'elles sont rarement à l'origine de la prostatite bactérienne.</p>
Catégorie II — Prostatite bactérienne chronique	Les agents pathogènes sont les mêmes que pour la catégorie I.
Catégorie IIIA — Syndrome pelvien douloureux chronique inflammatoire	<p>Cause inconnue.</p> <p>Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>, <i>Mycoplasma hominus</i>, <i>Ureaplasma urealyticum</i>, <i>Trichomonas vaginalis</i>; un agent viral peut également causer ce type de syndrome de prostatite, mais la plupart des études ne corroborent pas cette opinion.</p>
Catégorie IIIB — Syndrome pelvien douloureux chronique non inflammatoire	<p>Cause inconnue.</p> <p>Parmi les explications proposées pour ce syndrome, on compte une dyssynergie entre les muscles détroiseur de la vessie et du sphincter interne « prostatite de stress », ou « myalgie de tension du plancher pelvien ».</p>
Catégorie IV — Prostatite inflammatoire asymptomatique	Cause inconnue.

Épidémiologie

Selon certaines estimations, jusqu'à 50 % des hommes éprouveraient des symptômes de la prostatite au cours de leur vie et nombre d'entre eux demeurent symptomatiques pendant des périodes prolongées¹.

Le tableau 4 résume quelques caractéristiques épidémiologiques ainsi que la fréquence relative des syndromes de prostatite.

Tableau 4. Caractéristiques épidémiologiques des syndromes de prostatite⁶

Syndrome de prostatite	Manifestations caractéristiques	Pourcentage approximatif de l'ensemble des syndromes de prostatite
Catégorie I — Prostatite bactérienne aiguë	Maladie aiguë.	1 à 5 %
Catégorie II — Prostatite bactérienne chronique	Infections récurrentes des voies urinaires.	5 à 10 %
Catégorie IIIA — Syndrome pelvien douloureux chronique inflammatoire	Malaise ou douleur dans la région pelvienne pendant au moins 3 mois.	40 à 65 %
Catégorie IIIB — Syndrome pelvien douloureux chronique non inflammatoire	Malaise ou douleur dans la région pelvienne pendant au moins 3 mois.	20 à 40 %
Catégorie IV — Prostatite inflammatoire asymptomatique	Asymptomatique; détectée au cours d'une évaluation clinique pour d'autres troubles chez des hommes qui ne présentent aucun symptôme de prostatite.	Inconnu

Manifestations⁵

Tableau 5. Principales caractéristiques cliniques des différents syndromes de prostatite

Syndrome de prostatite	Présentation clinique
Catégorie I — Prostatite bactérienne aiguë	<ul style="list-style-type: none">• Généralement se présente avec : fièvre, frissons et douleur dans les régions lombaire, rectale ou périnéale, accompagnés dans la plupart des cas de symptômes d'irritation ou d'obstruction des voies génito-urinaires.• À l'examen rectal digital, la prostate est chaude, ferme, gonflée et extrêmement sensible.• Le massage prostatique est à éviter car il est douloureux et peut provoquer une bactériémie.
Catégorie II — Prostatite bactérienne chronique	<ul style="list-style-type: none">• Se présente souvent comme une infection récurrente des voies urinaires même après le traitement antibiotique approprié.• Symptômes variant de la dysurie ou autres plaintes mictionnelles à des douleurs éjaculatoires, de l'hémospémie ou des douleurs pelviennes ou génitales.• Certains patients peuvent être asymptomatiques.• L'examen clinique urogénital ne révèle généralement rien de particulier.
Catégorie IIIA — Syndrome pelvien douloureux chronique inflammatoire	<ul style="list-style-type: none">• Symptômes similaires à ceux de la catégorie II.• Ne cause généralement pas de dysurie du type cystite.• Symptômes les plus marqués : douleurs pelviennes chroniques (périnée, testicules, pénis, bas-ventre et lors de l'éjaculation).• L'examen clinique urogénital ne révèle généralement rien de particulier.
Catégorie IIIB — Syndrome pelvien douloureux chronique non inflammatoire	<ul style="list-style-type: none">• Symptômes similaires à ceux de la catégorie II.• Ne cause généralement pas de dysurie du type cystite.• Symptômes les plus marqués : douleurs pelviennes chroniques (périnée, testicules, pénis, bas-ventre et lors de l'éjaculation).• Plaintes courantes : notamment dysurie, retard de la miction, débit interrompu ou par à-coups, diminution de la grosseur ou de la force du jet, égouttement.• Symptômes parfois exacerbés par l'activité sexuelle.• L'examen clinique urogénital ne révèle généralement rien de particulier.
Catégorie IV — Prostatite inflammatoire asymptomatique	<ul style="list-style-type: none">• Asymptomatique.

Diagnostic⁴

- Le test idéal pour le diagnostic de la prostatite bactérienne serait une biopsie du tissu prostatique, mais elle est rarement indiquée.
- L'examen des sécrétions obtenues par massage prostatique (EPS) a été le test sans équivoque pour différencier les syndromes de prostatite. On désigne la procédure sous le nom de « test de localisation de quatre contenants », en anglais « four glass test » (voir le tableau 6).
- Malheureusement, ce test de localisation n'a pas été validé de façon appropriée et ses limites sont importantes. Très peu d'urologues y recourent systématiquement et selon certains d'entre eux, son utilisation devrait être limitée aux essais de recherche⁵.
- Un test de dépistage plus simple constitué de deux échantillons d'urine recueillis avant et après un massage prostatique pourrait s'avérer aussi sensible et spécifique que le « test de localisation avec quatre contenants »⁶⁻¹⁰ (même interprétation qu'au tableau 6 ci-dessous; l'échantillon pré-massage correspond au 2^e jet d'urine (VB2), et l'échantillon post-massage au 3^e jet d'urine (VB3).
- Éviter l'échantillon du 1^{er} jet d'urine (VB1) chez les patients sans urétrite clinique, et l'échantillon de sécrétions obtenues par massage prostatique (EPS) difficile à obtenir et à gérer.

Tableau 6. Cultures de localisation (« test de localisation de quatre contenants ») pour le diagnostic des syndromes de prostatite

Méthode

- S'assurer que le patient a la vessie pleine avant d'entreprendre la procédure.
- Dégager le prépuce des hommes non circoncis pendant la durée de la procédure.
- Laver le gland du pénis avec de l'eau et du savon ou nettoyer avec de la polyvidone-iodée.
- Recueillir les 10 premiers ml d'urine du premier jet (VB1).
- Rejeter les prochaines 100 ml d'urine ensuite recueillir un échantillon de 10 ml d'urine du milieu du jet (VB2).
- Procéder à un massage prostatique et recueillir toute sécrétion prostatique exprimée — (EPS).
- Recueillir les 10 premiers ml d'urine après le massage prostatique (VB3).
- S'assurer que tous les échantillons parviennent immédiatement au laboratoire pour une culture quantitative.

Tableau 6. Cultures de localisation (« test de localisation de quatre contenants ») pour le diagnostic des syndromes de prostatite (suite)

Interprétation

- Tous les échantillons donnent moins de 10^3 colonies/ml : test négatif pour la prostatite bactérienne.
- L'échantillon VB3 ou EPS donne un dénombrement de colonies supérieur à l'échantillon VB1 de 1 ou de plus de 1 log : prostatite bactérienne chronique.
- L'échantillon VB1 donne un dénombrement de colonies supérieur aux autres échantillons : urétrite ou contamination de l'échantillon.
- Tous les échantillons produisent au moins 10^3 colonies/ml : impossible à interpréter. Dans un tel cas, traiter le patient pendant 2 à 3 jours avec un antibiotique qui ne pénétrera pas la prostate mais qui stérilisera l'urine de la vessie (ampicilline ou nitrofurantoïne), puis répéter la procédure.

EPS (en anglais « *expressed prostatic secretions* ») = sécrétions obtenues par massage prostatique

VB1 = échantillon d'urine du 1^{er} jet

VB2 = échantillon d'urine du 2^e jet

VB3 = échantillon d'urine du 3^e jet

Prise en charge et traitement⁵

Le tableau 7 présente un résumé des antibiothérapies proposées dans le traitement de la prostatite bactérienne aiguë (catégorie I) et de la prostatite bactérienne chronique (catégorie II).

- La prostatite bactérienne aiguë répond rapidement à la plupart des antibiotiques.
- Le traitement de la prostatite bactérienne aiguë doit se poursuivre pendant au moins 3 à 4 semaines à l'aide d'un antimicrobien approprié doté d'une excellente capacité de pénétration tissulaire afin d'éviter des complications comme l'abcès prostatique ou l'évolution en prostatite bactérienne chronique.
- Les données disponibles ne permettent pas de recommander une fluoroquinolone précise; à l'heure actuelle seules la norfloxacine, la ciprofloxacine ou l'ofloxacine, sont approuvées pour le traitement de la prostatite bactérienne.
- La prise en charge de la plupart des patients atteints de prostatite aiguë peut se faire à l'aide d'antibiotiques oraux, cependant pour certains, un traitement intraveineux est nécessaire. Si un traitement par voie intraveineuse est indiqué, on recommande ampicilline/gentamicine, bien que le triméthoprime-sulfaméthoxazole et la ciprofloxacine puissent aussi convenir par voie intraveineuse (voir le tableau 7). D'autres schémas d'antibiothérapies aux bêta-lactamines sont envisageables, mais ce n'est pas la portée de ces lignes directrices d'en dresser la liste. Si une antibiothérapie intraveineuse s'avère

nécessaire, revenir rapidement aux antibiotiques oraux dès que l'état du patient s'est amélioré cliniquement.

- La prostatite bactérienne chronique exige une antibiothérapie d'au moins 4 à 6 semaines.
- En cas de récurrence d'une prostatite bactérienne chronique, on peut envisager un traitement de 3 mois.
- Si le traitement antibiotique ne donne aucun résultat, il faut envisager l'orientation du patient vers un collègue ayant une expertise en la matière pour une évaluation clinique.

Tableau 7. Schémas thérapeutiques possibles pour le traitement empirique des prostatites bactériennes

Syndrome de prostatite	Antibiothérapie	Durée
Catégorie I — Prostatite bactérienne aiguë	Dans certains cas, on peut opter pour une administration intraveineuse pour les premiers jours du traitement.	
	• Triméthoprim-sulfaméthoxazole, 160/800 mg, p.o., 2 f.p.j.* [C-II] OU	4 semaines
	• Ofloxacine, 400 mg, p.o., 2 f.p.j. [A-I] OU	4 semaines
	• Ciprofloxacine, 500 mg, p.o., 2 f.p.j. [A-I] OU	4 semaines
	• Ampicilline, 1 g, i.v. toutes les 6 heures PLUS gentamicine, 5 mg/kg, de poids corporel i.v./jour [A-I]**	4 semaines
Catégorie II — Prostatite bactérienne chronique	• Triméthoprim-sulfaméthoxazole, 160/800 mg, p.o., 2 f.p.j.* [C-II] OU	6 à 12 semaines
	• Ofloxacine, 400 mg, p.o., 2 f.p.j. [A-I] OU	6 à 12 semaines
	• Ciprofloxacine, 500 mg, p.o., 2 f.p.j. [A-I] OU	6 à 12 semaines
	• Doxycycline, 100 mg, p.o., 2 f.p.j.* [I-III]	6 à 12 semaines

* Pas approuvé par la Food and Drug Administration des États-Unis.

** Les recommandations de gentamicine ci-dessus s'appliquent aux patients dont la fonction rénale est normale. Il faut modifier la posologie de la gentamicine lorsque la fonction rénale du patient est altérée. Il convient aussi de surveiller la fonction rénale et les concentrations de gentamicine pendant la durée du traitement. Dès que l'état du patient s'est amélioré sur le plan clinique, on peut envisager l'arrêt du traitement parentéral et une antibiothérapie transitionnelle par voie orale doit ensuite être amorcée.

Tableau 8. Schémas thérapeutiques pour le traitement de la prostatite non bactérienne et des syndromes pelviens douloureux chroniques (catégories IIIA et IIIB)

Le traitement de la *Catégorie IIIA* (prostatite non bactérienne inflammatoire) n'est pas vraiment défini :

- une antibiothérapie donne parfois des résultats;
- un traitement unique de 4 semaines avec un antibiotique approprié peut se concevoir;
- éviter de prolonger ou de répéter les antibiothérapies;
- d'autres approches ont été proposées mais sans être vraiment éprouvées (AINS, alphabloquants, finastéride [Proscar], allopurinol, suppléments alimentaires, changements au mode de vie, massages prostatiques);
- évaluer les symptômes persistants ou sévères de troubles mictionnels, particulièrement chez les patients âgés, pour dépister une cystite interstitielle ou un carcinome de la vessie¹¹.

Le traitement de la *Catégorie IIIB* (syndrome pelvien douloureux chronique non inflammatoire) est encore plus empirique que celui de la *Catégorie IIIA* :

- en plus de celles proposées pour la *Catégorie IIIA*, les approches comprennent les analgésiques, myorelaxants, les alphabloquants, la physiothérapie, les neuromodulateurs, la rétroaction biologique, les bains de siège, les exercices de relaxation et la psychothérapie.

Prise en considération d'autres ITS

- Il faut envisager des tests de détection pour les infections transmissibles sexuellement si on le juge approprié, particulièrement chez les jeunes patients sexuellement actifs ainsi que chez les patients ayant déjà présenté des symptômes de troubles urétraux ou d'écoulement urétral.
- Si l'investigation révèle que l'échantillon **VB1** a un taux d'unités formant colonie supérieure à tous les autres échantillons (voir la section ci-dessus intitulée « Diagnostic »), envisager une urétrite et pousser l'investigation en fonction de ce diagnostic.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- D'ordinaire, on n'exige pas des partenaires sexuels des patients atteints de prostatite qu'ils se soumettent à un examen ou à un traitement car les syndromes de prostatite ne sont généralement pas causés par des pathogènes transmis sexuellement.
- Lorsque le micro-organisme responsable d'une prostatite est associé à une maladie à déclaration obligatoire, en vertu des lois et règlements provinciaux et territoriaux il faut le signaler au département de santé publique local.

Suivi

- Prévoir un suivi adéquat en fonction du diagnostic confirmé ou présumé, ou en vue de pousser l'investigation.

Références

1. Krieger, J.N. « Prostatitis syndromes » dans Holmes, K.K., P.F. Sparling, P.A. Mardh et coll. éd. *Sexually Transmitted Diseases*. 3^e édition, New York, NY : McGraw Hill; 1999, p. 859-871.
2. Nickel, J.C. « Classification and diagnosis of prostatitis: a gold standard? » *Andrologia*, vol. 35, 2003, p. 160-167.
3. Krieger, J.N., Wiedner W. « Prostatitis: ancient history and new horizons. » *World Journal of Urology*, vol. 21, 2003, p. 51-53.
4. Litwin, M.S., M. McNaughton-Collins, F.J. Fowler et coll., Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. « The National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index: Development and validation of a new outcome measure », *Journal of Urology*, 1999, vol. 162, p. 369-375.
5. Lipsky, B.A. « Prostatitis and urinary tract infection in men: what's new: what's true? » *American Journal of Medicine*, vol. 106, 1999, p. 327-334.
6. Nickel, J.C. « The Pre and Post Massage Test (PPMT): a simple screen for prostatitis. » *Techniques in Urology*, vol. 3, 1997, p. 38-43.
7. Nickel, J.C., Y. Wang, D. Shoskes, K. Propert. « Validation of the Pre and Post Massage Test (PPMT) for the evaluation of the patient with chronic prostatitis/ chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS). Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. » *Journal of Urology*, vol. 173, suppl. 4, 2005, S29.
8. Weidner, W., H. Ebner. « Cytological analysis of urine after prostatic massage (VB3): a new technique for discriminating diagnosis of prostatitis. » Dans Brunner, H., W. Krause, C.F. Rothaug, E. Weidner, éd. *Chronic Prostatitis*. Stuttgart: Schattauer; 1985, p. 141-151.
9. Ludwig, M., I. Schroeder-Printzen, G. Ludecke, W. Weidner. « Comparison of expressed prostatic secretions with urine after prostatic massage — a means to diagnose chronic prostatitis/inflammatory chronic pelvic pain syndrome. » *Urology*, vol. 55, 2000, p.175-177.
10. Seiler, D., R. Zbinden, D. Hauri, H. John. « Four-glass or two-glass test for chronic prostatitis. » *Urologe Ausgabe*, vol. 42, 2003, p. 238-242.
11. Nickel, J.C. « Cytologic evaluation of urine is important in evaluation of chronic prostatitis. » *Urology*, vol. 60, 2002, p. 225-227.