

Abces prostatique revelateur d'une infection a VIH : analyse de deux observations avec une revue de la litterature a la clinique medicis de Conakry

D Kanté,¹ AV Gamamou,¹ LR Gnammi,² TMO Diallo,¹ MD Bah,¹ A Cherif,¹ AB Diallo,^{1,2} T Sy²

¹ Service d'Urologie, Hôpital National Ignace Deen, Guinée

² Clinique Médicis de Conakry, Guinée

Corresponding author, email: gamamouprolaex622@gmail.com

Nous rapportons deux cas d'abcès prostatiques ayant révélé une infection à VIH chez les adultes jeunes. L'échographie prostatique a confirmé le diagnostic. La prise en charge thérapeutique a reposé sur l'antibiothérapie, le traitement de l'infection à VIH et le drainage de l'abcès prostatique par ponction transrectale échoguidée. L'évolution a été bonne par la rémission complète de la symptomatologie clinique et la disparition des lésions sur les échographies de contrôle.

Mots Clés : abcès prostatique, antibiothérapie, échoguidée, VIH

Prostatic abscess revealing HIV infection: analysis of two observations with a review of literature at a medical clinic in Conakry

We report two cases of prostatic abscesses revealing HIV infection in young adults. The prostate ultrasound confirmed the diagnosis. Therapeutic management was based on antibiotic therapy, treatment of HIV infection and drainage of the prostatic abscess using ultrasound-guided transrectal puncture. The evolution was good with the complete remission of the clinical symptoms and the disappearance of the lesions on the control ultrasounds.

Keywords: prostatic abscess, antibiotic therapy, ultrasound guided, HIV

Introduction :

L'abcès prostatique est une entité nosologique rare, mais il reste encore fréquemment retrouvé chez les patients atteints de l'infection à VIH.¹ L'immunodépression entraînée par l'infection à VIH et les infections génitales qui y sont associées constituent l'un des facteurs de risque majeur des abcès prostatiques.² La vulgarisation de l'échographie transrectale et de la tomодensitométrie a contribué à faciliter la prise en charge des abcès prostatiques.³ Dans cet article nous analysons les données diagnostique et thérapeutique de deux patients présentant un abcès prostatique ayant conduit à la découverte d'une infection à VIH.

Cas 1 :

Patient de 45 ans ayant consulté pour les SBAU à type de douleurs mictionnelles, urgenterie, dysurie d'effort avec sensation de vidange incomplète et fièvre. A l'examen le patient présentait un état général satisfaisant avec une fébricule à 38,2 °C. L'étude de la miction on note une dysurie d'effort avec émission de 150 ml d'urines troubles. Au toucher rectal la prostate est lisse, douloureuse, molle et rénitente au niveau du lobe droit. Sur le plan imagerique, l'échographie reno-vesico-prostatique a conclu à une prostate de 32 cc, de contours réguliers et d'échostructure hétérogène avec mise en évidence de la présence d'une formation hypoéchogène à

paroi épaisse peu vascularisée au doppler et mesurée à 24×23 mm évoquant un abcès du lobe droit de la prostate. (Figure 1)

Sur le plan biologique, l'examen cyto bactériologique des urines avec antibiogramme a isolé *Escherichia coli* multisensible. L'hémogramme on notait une lymphopénie (15 giga/l) et une monocytose (17,4giga/l), avec absence d'hyperleucocytose. La sérologie rétrovirale était positive au VIH de type 1. Sur le plan thérapeutique, le traitement de l'infection à VIH à base de Atripla (600 mg d'éfavirenz, 200 mg d'emtricitabine et 245 mg de ténofovir disoproxil) à raison d'un comprimé par jour le matin a été instaurée deux semaines avant le drainage de l'abcès. Un drainage par ponction transrectal échoguidée a été réalisé permettant de drainer 45ml de pus blanchâtre. L'examen cyto bactériologique du pus a isolé *Staphylococcus aureus* multisensible. L'infection a été traitée par la ciprofloxacine 500 mg en comprimés. Nous avons noté une amélioration de la symptomatologie clinique et une intégrité de la prostate à l'échographie de contrôle après un mois de traitement. (Figure 2)

Cas 2 :

Patient de 30 ans vu avec une sonde urétrale à demeure placée en urgence à l'hôpital régional de Labé dans un contexte de rétention aigue d'urine vésicale le 28/12/2024. Le patient n'a pas

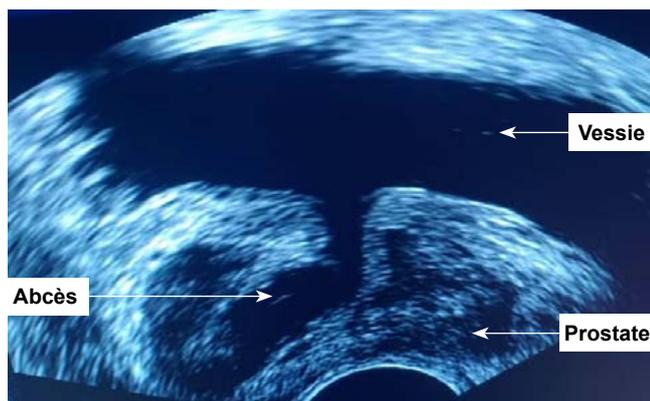


Figure 1 : Echographie transrectale d'un abcès prostatique du lobe droit avant drainage par aspiration.

d'antécédents urologiques particuliers. Il présentait un état général satisfaisant, avec une fièvre à 38,8 °C. A l'examen urogénital on notait une sonde urétrale à demeure CH14 connectée à une poche ramenant des urines d'aspect normal.

Au toucher rectal, on notait une prostate augmentée de volume, douloureuse et fluctuante. Sur le plan imagerique, l'échographie prostatique avait conclu à une formation anéchogène arrondie d'environ 20×18 mm au dépend de la prostate plaidant en faveur d'un abcès prostatique sans retentissement sur la vessie et le haut appareil urinaire. La tomodensitométrie pelvienne a conclu à un abcès prostatique de 20×20 mm au dépend du lobe droit de la prostate. Sur le plan biologique, l'examen cytotactériologique des urines avec antibiogramme a isolé *Staphylococcus aureus* sensible à l'association amoxicilline et acide clavulanique.

L'hémogramme a conclu à une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, une anémie microcytaire hypochrome avec un taux d'hémoglobine à 10g/dl et une élévation de la CRP.

La sérologie rétrovirale était positive au VIH de type 1. Le traitement de l'infection à VIH à base de Atripla (600 mg d'éfavirenz, 200 mg d'emtricitabine et 245 mg de ténofovir disoproxil) à raison d'un comprimé par jour le matin ainsi que la correction de l'infection urinaire conformément à l'antibiogramme ont été instaurés deux semaines avant le drainage de l'abcès.

Lorsque le patient avait été revu pour le drainage de l'abcès prostatique, on notait une amélioration nette de la symptomatologie

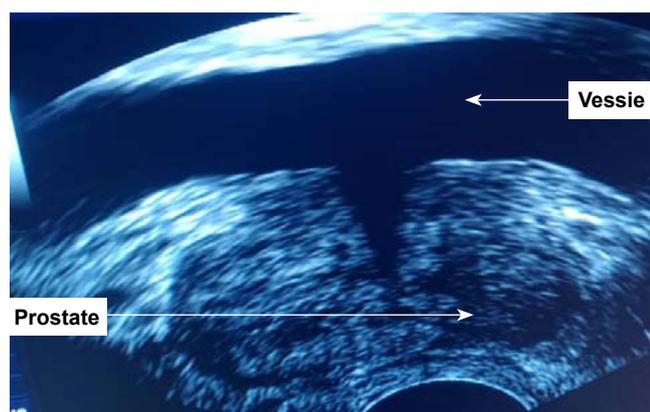


Figure 2 : Echographie transrectale de la prostate après aspiration de l'abcès

clinique avec disparition de la fièvre, et l'absence de fluctuation et de douleur au toucher rectal. Nous avons procédé à l'ablation de la sonde vésicale et l'étude de la miction était normale. L'échographie endorectale a confirmé la disparition de l'abcès prostatique qui a été jugulé par l'antibiothérapie.

Discussion

L'abcès prostatique est une complication rare des prostatites aiguës et représente 0,5% de toutes les affections prostatiques.⁴ Un abcès prostatique peut survenir chez les patients de tout âge, mais on le retrouve principalement chez les hommes entre 50 et 60 ans. Ces dernières années l'incidence de l'abcès prostatique a augmenté chez les patients jeunes avec l'avènement de l'infection à VIH.⁴ Le risque de développer un abcès prostatique est plus élevé chez les patients présentant une infection à VIH que dans la population générale.¹ Dans nos observations, l'abcès de la prostate survient chez des patients d'âge plus jeune présentant une infection à VIH.

La symptomatologie clinique d'un abcès prostatique n'est pas toujours spécifique et se manifeste par un syndrome infectieux et des troubles mictionnels.^{4,5} Elle se manifeste par une dysurie, une impériosité dans 96% des cas, de la fièvre dans 30 à 72%, des douleurs périnéales dans 20% et une rétention urinaire chez 1/3 des patients. Le signe le plus typique d'un abcès de la prostate est une prostate douloureuse avec des zones de fluctuation au toucher rectal, bien que ces résultats varient entre 16% et 88%.⁵

Mais lorsqu'une infection à VIH est suspectée ou confirmée devant ces tableaux l'abcès prostatique doit être fortement évoqué comme dans nos observations. Le progrès de l'imagerie a facilité le diagnostic et le traitement de l'abcès prostatique.⁶ La méthode diagnostique de choix, qui sert également d'outil de traitement et de suivi des patients présentant un abcès prostatique, est l'échographie transrectale de la prostate. Elle précise le siège, le volume et le nombre des lésions permettant une meilleure indication thérapeutique.^{5,6}

La tomodensitométrie offre une caractérisation plus approfondie des lésions, en montrant une zone de densité atténuée au sein de la glande prostatique et permet d'apprécier au mieux l'atmosphère périprostatique.^{6,7} Etant donné le caractère particulièrement sévère des infections urinaires chez les patients présentant une infection à VIH, il est judicieux de réaliser systématiquement une échographie prostatique en cas pour ne pas omettre un abcès prostatique dont le pronostic dépend de la précocité de la prise en charge.⁶ La bactériologie des abcès prostatiques est identique à celle des prostatites aiguës.⁷

Les abcès prostatiques résultent de l'accumulation focale de pus dans la prostate, historiquement causée par *Neisseria gonorrhoea*, *Staphylococcus aureus* et *Mycobacterium tuberculosis*. Cependant, plus récemment, les bactéries à Gram négatives, telles que *Escherichia coli*, sont de plus en plus retrouvées.^{5,6} Les germes atypiques et les infections fongiques sont souvent responsables d'abcès prostatiques chez les patients présentant une infection à VIH.² Dans nos observations l'infection à VIH n'a pas changé la bactériologie habituelle des abcès prostatiques. Le traitement de

l'abcès prostatique repose sur l'antibiothérapie et/ou le drainage de l'abcès.^{8,9}

Chez les patients présentant une infection à VIH les germes impliqués dans la prostatite et l'abcès prostatique sont souvent multirésistants.² Dans nos observations la sensibilité des germes ne semble pas influencée par l'infection à VIH. La prise en charge médicale seule avec une administration prolongée d'antibiotiques a souvent été administrée avec succès dans des cas d'abcès prostatiques de moins de 2 cm.² Tel est le cas de notre seconde observation malgré que le volume de l'abcès était plus grand probablement parce que l'abcès s'est fistulisé dans l'urètre prostatique ou la vessie. Il n'y a pas de consensus sur les méthodes de drainage de l'abcès prostatique d'autant plus qu'il existe une variété de moyens.^{3,5}

Le drainage peut être réalisé par ponction transrectale ou transpérinéale guidée par imagerie (échographie, tomodensitométrie, imagerie par résonance magnétique), par incision ou résection transurétrale de la prostate, ou drainage périnéal ou transvesical à ciel ouvert.^{6,9} Des études récentes suggèrent qu'un traitement moins invasif par drainage percutané ou transrectal guidé par échographie est préféré aux autres méthodes car il peut être réalisé sous anesthésie locale et répété si nécessaire.^{9,10} Les méthodes moins invasives présentent également un risque plus faible de complications, en particulier une éventuelle éjaculation rétrograde qui survient après incision ou résection transurétrale chez des patients relativement jeunes comme ceux de nos observations.¹⁰

Le drainage par résection ou incision transurétrale doit être réservé aux cas d'abcès prostatiques multiples et diffus ou lorsque l'aspiration ne montre pas une résolution complète de la collection de liquide et chez les patients âgés présentant une obstruction prostatique.⁸

En plus de la surveillance des signes cliniques, un contrôle échographique transrectale est nécessaire après le traitement pour ne pas omettre des foyers d'abcès cliniquement asymptomatique surtout chez le patient présentant une infection à VIH.^{2,10}

Déclaration de conflit d'intérêts :

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Conflict of Interest Statement:

The authors declare no conflict of interest.

Sources de financement :

Aucune source de financement à déclarer.

Funding source:

No funding sources to declare.

Ethique

Voici le numéro de référence et le nom du comité d'éthique : Réf :127/CUA/2024 Comité d'éthique de la chaire d'Urologie-Andrologie de Conakry

Ethics Committee approval was obtained from the Chair of Urology-Andrology of Conakry (Ref: 127/CUA/2024)

ORCID

LR Gnammi  <https://orcid.org/0009-0008-4376-2992>

TMO Diallo  <https://orcid.org/0000-0001-8815-5020>

A Cherif  <https://orcid.org/0009-0002-7061-502X>

AB Diallo  <https://orcid.org/0009-0002-1262-8527>

T Sy  <https://orcid.org/0000-0002-4397-1646>

References

- Shindel AW, Akhavan A, Sharlip ID. Urologic aspects of HIV infection. *Med Clin North Am.* 2011;95(1):129-51. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2010.08.017>.
- Heyns CF, Smit SG, van der Merwe A, Zarrabi AD. Urological aspects of HIV and AIDS. *Nat Rev Urol.* 2013;10(12):713-22. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2013.230>.
- Khudhur H, Brunckhorst O, Muir G, et al. Prostatic abscess: A systematic review of current diagnostic methods, treatment modalities and outcomes. *Turk J Urol.* 2020;46(4):262-73. <https://doi.org/10.5152/tud.2020.19273>.
- Choudhry M, Pellino G, Simillis C, Qiu S, Kontovounisios C. Prostatic abscesses. A case report and review of the literature on current treatment approaches. *Cent European J Urol.* 2017;70(1):118-122.
- Abdelmoteleb H, Rashed F, Hawary A. Management of prostate abscess in the absence of guidelines. *Int Braz J Urol.* 2017;43(5):835-840. <https://doi.org/10.1590/s1677-5538.ibju.2016.0472>.
- Ackerman AL, Parameshwar PS, Anger JT. Diagnosis and treatment of patients with prostatic abscess in the post-antibiotic era. *Int J Urol.* 2018;25(2):103-110. <https://doi.org/10.1111/iju.13451>.
- Wooster ME, Huang G, Sanders JW 3rd, Peacock JE Jr. Prostatic abscess: clinical features, management, and outcomes of a «Stealth» infection: retrospective case series and review of the literature. *Diagn Microbiol Infect Dis.* 2021;99(4):115285. <https://doi.org/10.1016/j.diagmicrobio.2020.115285>.
- Alnadhari I, Sampige VRP, Abdeljaleel O, et al. Presentation, diagnosis, management, and outcomes of prostatic abscess: comparison of three treatment modalities. *Ther Adv Urol.* 2020;12:1756287220930627. <https://doi.org/10.1177/1756287220930627>.
- Chang Y-H, Pan S-Y, Lin C-Y, et al. Factors deciding conservative or intervention treatment for prostate abscess: A retrospective case-control study. *Journal of Personalized Medicine.* 2023;13(3):484. <https://doi.org/10.3390/jpm13030484>.
- Liang F, Cao J, Qin L, Zhang X. Giant prostate abscess: A case report and literature review. *Am J Mens Health.* 2023;17(6):15579883231219570. <https://doi.org/10.1177/15579883231219570>.