

Prostatite
Guide de pratique 2011 de l'AUC
ÉBAUCHE

Président

D^r J. Curtis Nickel

Membres

À déterminer

Conflits d'intérêts potentiels : J. Curtis Nickel déclare agir à titre de chercheur/conseiller pour GlaxoSmithKline, Johnson & Johnson, Pfizer, Watson, Ferring et Taris, et à titre de conseiller pour Farr Labs, Astellas, Triton, Trillium Therapeutics et Cernelle.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Sur toute année donnée, près de 9 % des hommes au Canada présenteront des symptômes de prostatite; dans environ 6 % des cas, les symptômes sont incommodants [1], et chez environ le tiers de ces hommes, les symptômes entreront en rémission après un suivi d'un an [2]. Les hommes présentant des symptômes de prostatite importants sur le plan clinique représentent environ 3 % des consultations en externe au pays [3] et ces cas sont liés à une morbidité [4] et des coûts [5] considérables. Moins de 10 % des patients présentent une prostatite bactérienne aiguë ou chronique, des états pathologiques bien définis en fonction de paramètres cliniques et microbiologiques et habituellement traitables par antibiothérapie. La prostatite aiguë se caractérise par une infection grave des voies urinaires, des symptômes d'irritation et d'obstruction à la miction accompagnés d'un sepsis urinaire généralisé étant couramment observés. La prostatite aiguë répond rapidement à un traitement par antibiotiques et est habituellement spontanément résolutive. La prostatite bactérienne chronique quant à elle est associée d'ordinaire à des douleurs pelviennes légères ou modérées et à des épisodes intermittents d'infection aiguë des voies urinaires. Le traitement antibiotique sur une longue période procurera la guérison dans environ 60 à 80 % des cas.

La majorité des hommes atteints d'une « prostatite chronique » présentent une prostatite chronique/un syndrome de douleur pelvienne chronique (PC/SDPC), caractérisés par des douleurs pelviennes (périnéales, sus-pubiennes, testiculaires, péniennes, etc.), des symptômes urinaires variables et une dysfonction sexuelle (principalement des douleurs en lien avec l'éjaculation) [6]. Le questionnaire NIH-CSPI (National Institutes of Health-Chronic Prostatitis Symptom Index) [7] est un outil fiable permettant d'évaluer les symptômes et les répercussions de la PC/du SDPC. L'étiologie de ce syndrome n'est pas entièrement élucidée, son évaluation est controversée et son traitement, malheureusement, se solde souvent par un échec. Le traitement multimodal ciblé semble plus efficace que la monothérapie empirique.

Les recommandations présentées dans ces lignes directrices ont été élaborées à partir de réunions consensuelles en Amérique du Nord du National Institutes of Health [8], d'une réunion consensuelle de l'International Consultation on Urologic Disease (ICUD)/Organisation mondiale de la Santé (OMS) [9], des recommandations du Comité européen des lignes directrices [10], d'une récente recherche documentaire exhaustive effectuée par l'un des auteurs [11] et de discussions avec un groupe d'experts canadiens. Les bases de données Medline et EMBASE ont permis de cerner des études pertinentes publiées en anglais entre 1949 (pour Medline) ou 1974 (pour EMBASE) et le 31 janvier 2011. Les clés et stratégies de recherche pour chaque base de données sont décrites dans une référence [11]. Les niveaux des données et grades de recommandation sont fondés sur le système de cotation de l'Oxford Centre for Evidence-based Medicine modifié par l'ICUD/OMS. Ces recommandations sont résumées à la fin du présent guide de pratique. Dans ce document, les niveaux de données et les grades de recommandations sont inclus aux endroits pertinents et indiqués par des codes – p. ex. (3:A) indique des données de niveau 3 et une recommandation de grade A.

DÉFINITIONS

La prostatite décrit un ensemble de maladies infectieuses (prostatite bactérienne aiguë et chronique); de syndrome de douleur pelvienne chronique; ou de prostatite asymptomatique. La classification du National Institutes of Health des syndromes de prostatite est la suivante [12] :

Catégorie I : Prostatite bactérienne aiguë (PBA) associée à de graves symptômes de prostatite, une infection généralisée et une IVU (infection des voies urinaires) bactérienne aiguë.

Catégorie II : Prostatite bactérienne chronique (PBC) causée par une infection bactérienne chronique de la prostate avec ou sans symptôme de prostatite et habituellement accompagnée d'IVU récurrentes causées par la même souche bactérienne.

Catégorie III : Prostatite chronique/syndrome de douleur pelvienne chronique (PC/SDPC) caractérisé par des douleurs pelviennes chroniques et potentiellement des symptômes mictionnels en l'absence d'IVU.

Catégorie IV : Prostatite inflammatoire asymptomatique où une inflammation de la prostate est présente sans symptôme touchant les voies génito-urinaires.

ÉVALUATION

Anamnèse :

Il est obligatoire de relever les antécédents médicaux pour tous les patients au moment de l'évaluation (4:C). Les éléments suivants devraient être vérifiés : siège de la douleur (gravité, fréquence et durée), symptômes touchant les voies urinaires inférieures (obstruction/troubles mictionnels et irritation/troubles touchant la continence), symptômes connexes (fièvre, autres syndromes douloureux, etc.), et répercussions sur les activités/la qualité de vie. Un bilan fonctionnel complet devrait permettre d'établir les antécédents médicaux et chirurgicaux (surtout sur le plan urologique), les antécédents de traumatisme, les médicaments et les allergies.

1. PROSTATITE BACTÉRIENNE AIGÜE (CATÉGORIE I DU NIH)

a. Examen physique

Obligatoire (4:C) – Il faut examiner abdomen, organes génitaux externes, périnée et prostate. Il n'est pas recommandé de masser la prostate pendant le toucher rectal.

b. Analyse d'urine et culture

Obligatoire (2:A)

c. Imagerie

Facultative (2:A) – Une échographie transrectale ou une TDM sont indiquées chez les patients atteints d'une PBA réfractaire au traitement initial afin d'écartier la possibilité d'un abcès ou d'une pathologie de la prostate. Une échographie pelvienne (ou une scintigraphie de la vessie) est indiquée en présence de PBA accompagnée de symptômes obstructifs graves, d'une mauvaise vidange vésicale ou de signes à l'examen physique évoquant une rétention urinaire potentielle. Il n'est pas recommandé de procéder à une analyse par imagerie dès le départ (3:B)

d. APS sérique

Non recommandé (3:C) – Des taux élevés d'APS en lien avec une PBA ne servent habituellement qu'à créer de la confusion et soulever des inquiétudes.

2. PROSTATITE BACTÉRIENNE CHRONIQUE (CATÉGORIE II DU NIH)

a. Examen physique

Obligatoire (4:C) – Doit inclure un examen de l'abdomen, des organes génitaux externes, du périnée, de la prostate et du plancher pelvien.

b. Localisation bactérienne dans les voies urinaires inférieures par cultures (épreuve des 4 verres ou des 2 verres avant et après un massage prostatique [PPMT])

Recommandée (3:A) – L'épreuve des 4 verres est le critère standard pour le diagnostic de la PBC. L'épreuve des 2 verres avant et après un massage prostatique est un test simple et raisonnablement précis de dépistage de bactéries. L'analyse microscopique est facultative. La justification et la description de ces épreuves se trouvent à la référence [6].

c. Culture de sperme

Non recommandée (3:D) – Selon les données limitées, la culture de sperme ne s'est pas révélée considérablement bénéfique pour cerner les cas de PBC, sauf si le même organisme à l'origine des IVU récurrentes est identifié en culture.

d. Échographie transrectale de la prostate

Non recommandée (3:B) - Le diagnostic différentiel des différentes catégories de prostatite ne peut reposer sur l'échographie transrectale. Cette dernière peut être considérée comme facultative (4:D) en cas d'indication spécifique.

e. **Dynamique urinaire**

Facultative (4:D) – Le débit urinaire peut être utile pour confirmer la présence d'une obstruction. Le diagnostic différentiel des diverses catégories de prostatite ne peut reposer sur l'analyse de la dynamique urinaire, mais cette dernière peut aider à confirmer la présence d'une obstruction et/ou de troubles vésicaux.

3. PROSTATITE CHRONIQUE/SYNDROME DE DOULEUR PELVIENNE CHRONIQUE (CATÉGORIE IIIA, IIIB DU NIH)

a. **Questionnaire de cotation des symptômes**

Recommandé (3:A) – Le questionnaire NIH-CPSI (**figure 1**) est devenu la norme internationale établie pour l'évaluation des symptômes (et non pour le diagnostic) de la prostatite. Le NIH-CPSI s'est révélé fiable et peut évaluer la gravité des symptômes actuels; il peut aussi servir pour évaluer l'évolution longitudinale des symptômes en fonction du temps ou du traitement.

b. **Examen physique**

Obligatoire (4:C) – L'examen de l'abdomen, des organes génitaux externes, du périnée et de la prostate est obligatoire. Une exacerbation de la douleur pelvienne typique par pression normale lors du toucher rectal peut permettre de déterminer la centricité de la prostate, et on croit que l'évaluation des points gâchette myofasciaux et/ou la recherche d'une dysfonction musculosquelettique potentielle du pelvis et du plancher pelvien pendant le toucher rectal peuvent aider dans la prise des décisions thérapeutiques.

c. **Épreuve des 4 verres et épreuve des 2 verres avant et après un massage prostatique (PPMT)**

Recommandée (3:A) – La culture d'échantillons d'urine provenant des voies urinaires inférieures est recommandée. L'épreuve des 4 verres constitue le critère standard pour écarter une PBC. L'épreuve des 2 verres avant et après massage prostatique est un moyen simple et raisonnablement précis de dépister une présence bactérienne. La justification et la description de ces épreuves se trouvent dans la référence [6]. À ce moment-ci, aucune donnée ne porte à croire qu'une analyse microscopique des sécrétions prostatiques exprimées ou des sédiments urinaires n'ajoute une quelconque valeur clinique (microscopie facultative)

d. **Culture et/ou examen microscopique du sperme**

Non recommandés (3:D)

e. **Cystoscopie**

Non recommandée (4:D) – Comme évaluation de routine.

Facultative (4:D) – Chez certains patients. Une endoscopie peut être indiquée chez certains patients présentant des symptômes d'obstruction mictionnelle (réfractaire au traitement médicamenteux), en présence d'hématurie ou de toute autre pathologie soupçonnée des voies urinaires inférieures.

f. **Échographie transrectale**

Non recommandée (3:B) – Comme pratique de routine, sauf en cas d'indication précise.

g. **TDM et/ou imagerie par résonance magnétique (IRM)**

Non recommandée (3:B) – Valeur clinique inconnue à l'heure actuelle.

h. **Dynamique urinaire**

Facultative (3:C) – Chez certains hommes avec symptômes d'obstruction mictionnelle, il est raisonnable d'envisager une évaluation de la dynamique urinaire (p. ex. débit urinaire, volume résiduel post-mictionnel, examen de la pression du jet).

i. Taux sériques d'APS

Non recommandée (3:B) – Rien ne montre que la mesure des taux sériques d'APS chez les patients atteints de PC/SDPC aidera à poser le diagnostic et à orienter le traitement. Les indications d'un dosage de l'APS devraient être les mêmes que chez les hommes non atteints de PC/SDPC.

j. Évaluation psychologique

Facultative (3:B) – De plus en plus de données montrent que les paramètres psychosociaux tels que dépression, mécanismes d'adaptation mésadaptés (catastrophisation, repos comme mécanisme d'adaptation) et manque de soutien social ont des conséquences sur les symptômes et sur les résultats du traitement. Le médecin devrait vérifier la présence de ces problèmes psychologiques.

La **figure 3** présente un algorithme pratique pour l'évaluation d'un cas soupçonné de PC/SDPC.

4. PROSTATITE ASYMPTOMATIQUE (CATÉGORIE IV DU NIH)

Examens

Non recommandés (3:C) – Même si des données portent à croire que cette catégorie pourrait avoir une pertinence biologique, aucune donnée à l'heure actuelle ne montre que la détection d'une prostatite asymptomatique n'a une quelconque pertinence clinique.

TRAITEMENT

1. PROSTATITE BACTÉRIENNE AIGUË (CATÉGORIE I DU NIH)

La PBA peut être une infection grave accompagnée de fièvre, d'une douleur locale intense et de symptômes généraux. Il y a toujours un risque potentiel de septicémie et de sepsis urinaire. Les facteurs suivants doivent être pris en compte dans le traitement de la PBA : la possibilité de sepsis urinaire, le choix de l'agent antimicrobien, la vidange vésicale, les facteurs de risque justifiant l'hospitalisation et les mesures accessoires visant à améliorer les résultats du traitement [13].

a. Traitement antimicrobien (2:A)

Le choix et la durée du traitement antimicrobien contre la PBA sont fondés sur l'expérience et l'opinion d'experts et sont étayés par de nombreuses études cliniques non contrôlées [14,15]. Pour le traitement initial de patients gravement atteints, les schémas thérapeutiques suivants sont recommandés : administration intraveineuse de doses élevées d'agents bactéricides comme des aminoglycosides en association avec de l'ampicilline ou pénicilline à large spectre en association avec un inhibiteur de la bêta-lactamase. Il faut administrer une céphalosporine de 3^e génération ou une fluoroquinolone jusqu'à disparition de la fièvre et du sepsis urinaire connexe (cette recommandation repose sur le traitement d'IVU compliquées et d'un sepsis urinaire). Les patients qui ne sont pas gravement atteints ou n'ont aucun vomissement peuvent être traités par fluoroquinolone par voie orale [14,15]. Le triméthoprime-sulfaméthoxazole (TMP-SMX) n'est plus recommandé comme traitement empirique de première ligne dans les régions où le taux de résistance au TMP-SMX noté dans des souches de *E. coli*, le pathogène le plus souvent en cause, excède 10 % à 20 % [15-20]. Le traitement devrait être poursuivi pendant 2 à 4 semaines [14,15].

b. Vidange vésicale (3:B)

Un cathétérisme ponctuel avec tentative de miction ou un cathéter urétral de faible calibre sur une courte période est recommandé en cas de graves symptômes d'obstruction à la miction ou de rétention urinaire. L'instauration d'un cathéter urinaire sus-pubien est facultative chez les patients qui ne peuvent tolérer un cathéter urétral.

c. Hospitalisation (3:B)

L'hospitalisation est obligatoire dans les cas d'hyperpyrexie, de vomissements sur une longue période, de déshydratation grave, de tachycardie, de tachypnée, d'hypotension et d'autres symptômes liés au sepsis urinaire. L'hospitalisation est recommandée chez les patients à risque élevé (diabète, patient immunocompromis, patient âgé ou abcès de la prostate) et ceux qui présentent de graves troubles mictionnels [13].

d. Drainage d'un abcès de la prostate (4:A)

L'incision et le drainage d'un abcès de la prostate sont requis chez certains patients réfractaires au traitement. La voie transurétrale semble une modalité à privilégier mais l'abcès peut être drainé par le périnée, le rectum ou la voie transpérinéale.

d. Mesures accessoires

L'usage d'agents anti-inflammatoires non stéroïdiens a été suggéré pour réduire les symptômes, dont la fièvre [13-15]. Les alpha-bloquants peuvent être envisagés, surtout chez les hommes présentant des symptômes modérément graves d'obstruction à la miction afin de réduire le risque de rétention urinaire et de faciliter la miction [13-15].

2. PROSTATITE BACTÉRIENNE CHRONIQUE (CATÉGORIE II DU NIH)

a. Traitement antimicrobien (2:A)

En raison de leurs propriétés pharmacocinétiques uniques et favorables, de leur large spectre antibactérien et des données tirées d'essais cliniques comparatifs, les fluoroquinolones sont les principaux agents recommandés pour le traitement antimicrobien de la PBC [14,15,17,18]. Des données tirées des essais sur le traitement de la PBC par fluoroquinolones avec un suivi d'au moins 6 mois appuient l'usage de ces agents comme traitement de première ligne [21-29]. La durée recommandée de 4 à 6 semaines pour le traitement antimicrobien est fondée sur l'expérience et sur l'opinion d'experts et étayée par de nombreuses études cliniques [14,15,17,18]. En général, les résultats thérapeutiques (définis comme une éradication bactérienne) sont positifs dans le cas de la PBC causée par *E. coli* et d'autres membres de la famille des *Enterobacteriaceae*. La PBC causée par *P. aeruginosa* ou par entérocoques montre une réponse moins favorable au traitement antimicrobien [18].

En cas de PBC associée à un uropathogène confirmé et résistant aux fluoroquinolones, on peut envisager un traitement par triméthoprim-sulfaméthoxazole (ou d'autres antimicrobiens), mais la durée du traitement devrait être de 8 à 12 semaines [18].

b. Alpha-bloquants (3:C):

On a suggéré le recours à une association d'antimicrobiens et d'alpha-bloquants pour réduire le taux élevé de récurrences [29]; cette association de deux schémas thérapeutiques est considérée comme facultative chez les patients présentant des symptômes d'obstruction à la miction.

c. Traitement des cas réfractaires

Dans le cas de patients réfractaires au traitement et porteurs d'un uropathogène confirmé et localisé à la prostate, on peut recourir aux stratégies facultatives de traitement ci-dessous :

- i. traitement antimicrobien intermittent des épisodes symptomatiques aigus (cystite) (3:A);
- ii. traitement antimicrobien à faible dose (3:A); ou
- iii. RTUP radicale ou prostatectomie à ciel ouvert si toutes les autres options se soldent par un échec (4:C).

3. PROSTATITE CHRONIQUE/SYNDROME DE DOULEUR PELVIENNE CHRONIQUE (CATÉGORIE III DU NIH)

L'arrivée d'un système de classification accepté sur le plan international [12], l'existence d'un indice validé, le NIH-CPSI [7], et le nombre important d'essais cliniques randomisés et contrôlés par placebo publiés au cours des quinze

dernières années [11] ont permis de formuler des recommandations fondées sur les meilleures données probantes. Vingt-trois essais cliniques [30-55] avaient été publiés au moment de l'élaboration du présent guide de pratique; ces essais publiés en anglais évaluaient divers traitements médicamenteux selon un protocole prospectif randomisé et contrôlé par placebo, et ont servi à étayer ces recommandations. Ces essais ont récemment été passés en revue et analysés [11]. La stratégie de recherche documentaire est expliquée dans la référence [11]. La **figure 3** présente un algorithme de traitement fondé sur les meilleures données probantes.

a. On ne peut recommander les **antimicrobiens** chez les hommes atteints de PC/SDPC de longue durée et ayant déjà été traités (1:A). Cela dit, des études cliniques non contrôlées laissent entendre qu'on peut retirer un certain avantage clinique avec ces agents chez les patients atteints de prostatite d'apparition précoce jamais traitée par antibiotiques (4:D).

b. On ne peut recommander les **alpha-bloquants** comme monothérapie de première ligne (1:A). Certaines données montrent toutefois que les hommes n'ayant jamais été traités par alpha-bloquants et présentant des symptômes modérés et dont les symptômes sont apparus il y a relativement peu de temps peuvent retirer des bienfaits de ce traitement (1:A). Les alpha-bloquants semblent procurer des bienfaits dans un algorithme thérapeutique multimodal chez les hommes présentant des symptômes mictionnels (2:C). Il faut poursuivre le traitement par alpha-bloquants pendant plus de 6 semaines (et probablement plus de 12 semaines).

c. Le traitement par **agents anti-inflammatoires** est efficace chez certains patients mais n'est pas recommandé comme traitement principal (1:B); cependant, il peut être utile comme traitement d'appoint dans un schéma thérapeutique multimodal (2:C).

d. Les **phytothérapies** (en particulier la quercétine et l'extrait de pollen [Cernilton]) sont facultatives en première ligne (2:B) et en associations multimodales (3:C)

e. **Autres traitements médicamenteux** : Les inhibiteurs de la 5-alpha-réductase, le polysulfate de pentosan, et la prégabaline, bien que n'étant pas recommandés comme monothérapie principale (1:A), peuvent procurer des bienfaits chez certains patients (patients plus âgés présentant des SBAU dans le cas des inhibiteurs de la 5-AR, présence de douleur vésicale connexe perçue dans le cas du polysulfate de pentosan et douleur de type neuropathique dans le cas de la prégabaline).

f. **Autres traitements médicamenteux potentiels**

Les myorelaxants, le chou palmiste nain, les corticostéroïdes et les antidépresseurs tricycliques ont tous été proposés (voir la référence 6 pour plus de détails) et utilisés, mais il faudra attendre les résultats d'essais randomisés et contrôlés par placebo bien conçus avant de formuler des recommandations (4:D).

g. **Physiothérapie** : Un certain nombre d'options de physiothérapie ont été recommandées (voir la référence 6 pour plus de détails), mais ces options sont désavantagées en raison d'un manque de données contrôlées et prospectives provenant d'essais contrôlés bien conçus. Le massage prostatique, le massage du périnée ou du plancher pelvien et l'élimination des points gâchette myofasciaux ont aussi été proposés comme modalités de traitement efficaces mais il reste à démontrer que la physiothérapie pelvienne ciblée est plus bénéfique que la physiothérapie placebo. Le biofeedback, l'acupuncture et la thérapie électromagnétique sont aussi prometteurs, mais à l'instar de toutes les autres modalités de physiothérapie, elles doivent être évaluées par des essais contrôlés par placebo avant que des recommandations ne puissent être émises (3:C).

h. **Psychothérapie** : Le soutien et le traitement psychologiques ont été préconisés en fonction d'une nouvelle modélisation psychosociale de ce syndrome [56]. Idéalement, cela devrait inclure un programme de thérapie

cognitivo-comportementale. Il faut considérer comme obligatoire l'orientation vers un psychologue ou un psychiatre dans le cas de patients atteints de dépression majeure et/ou ayant des tendances suicidaires.

i. **Chirurgie** : Les données sur les traitements chirurgicaux ont été passées en revue dans la référence [6]. Un certain nombre de traitements minimalement invasifs comme la dilatation par ballonnet, le laser au néodyme-Yag, la thermoablation transurétrale, l'hyperthermie et la thérapie par micro-ondes ont été proposés (non recommandés à l'heure actuelle, 2:A). D'autres évaluations des traitements thermiques à l'aide de traitements placebo, de critères d'inclusion et d'exclusion standard et de paramètres validés d'évaluation des symptômes sont recommandées. Il a été proposé de recourir au blocage du nerf honteux ou à une chirurgie de neurolyse pour traiter la douleur pelvienne chronique lorsqu'on peut démontrer que cette douleur est secondaire à une compression chronique du nerf honteux (3:C). D'autres options chirurgicales, comme une résection radicale transurétrale de la prostate et une prostatectomie totale, ne doivent pas être encouragées et ne sont pas recommandées (4:D) présentement pour le traitement de la PC/du SDPC puisqu'aucune série clinique définitive ni aucun suivi à long terme n'a jamais été présenté.

j. **Traitement multimodal (système UPOINT)**: Certaines études cliniques non contrôlées ont laissé entendre de façon très claire que le traitement multimodal est plus efficace que la monothérapie chez les patients présentant des symptômes depuis longtemps [57,58]. Des algorithmes thérapeutiques individualisés élaborés en fonction de phénotypes cliniquement définis (système UPOINT) ont été proposés [59] et les résultats préliminaires d'une telle stratégie semblent prometteurs [60]. Si on se fie au fait que les monothérapies affichent au mieux une efficacité modeste, une stratégie multimodale fondée sur des phénotypes cliniques précis pour la détermination du traitement est considérée comme une recommandation facultative [59]. La **figure 4** présente un exemple d'un tel algorithme.

4. PROSTATITE ASYMPTOMATIQUE (CATÉGORIE IV DU NIH)

Aucun traitement n'est indiqué (3:A) étant donné que ces patients sont asymptomatiques par définition. Cependant, le traitement antimicrobien pourrait être envisagé chez certains patients atteints de prostatite de catégorie IV associée à des taux élevés d'APS ou à une infertilité et chez les patients qui doivent subir une biopsie prostatique (3:C).

SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS

(Niveau des données : Grade de recommandation)

ÉVALUATION

I. Prostatite bactérienne aiguë (Catégorie I du NIH)

- 1) Anamnèse (Obligatoire 4:C)
- 2) Examen physique (Obligatoire 4:C)
- 3) Analyse d'urine et culture/sensibilité (Obligatoire 2:A)
- 4) Imagerie initiale de la prostate (Non recommandée 3:B). Échographie facultative (2:A) si on soupçonne la présence d'un abcès de la prostate.

II. Prostatite bactérienne chronique (Catégorie II du NIH)

- 1) Anamnèse (Obligatoire 4:C)
- 2) Examen physique (Obligatoire 4:C)
- 3) Épreuve des 4 verres ou des 2 verres avec culture (Recommandée 3:A)
- 4) Culture de sperme (Non recommandée 3:D)
- 5) Imagerie de la prostate (Non recommandée 3:B); facultative (4:D) seulement chez certains patients
- 6) Dynamique urinaire (Facultative dans certains cas seulement 4:D)

III. Prostatite chronique/Syndrome de douleur pelvienne chronique (Catégorie III du NIH)

- 1) Anamnèse (Obligatoire 4:C)
- 2) Questionnaire NIH-CPSI (Recommandé 3:A)
- 3) Examen physique (Obligatoire 4:C)
- 4) Épreuve des 4 verres ou des 2 verres pour formule leucocytaire et culture (Recommandée 3:A)
- 5) Analyse et culture de sperme (Non recommandée 3:D)
- 6) Débit urinaire, volume résiduel post-mictionnel et autres épreuves de dynamique urinaire (Facultatifs 3:C)
- 7) Taux sérique d'APS (Non recommandé 3:B)
- 8) Imagerie de routine de la prostate (Non recommandée 3:D)
- 9) Cystoscopie (Non recommandée 4:D)
- 10) Évaluation psychologique de certains patients (Facultative 3:B)

IV. Prostatite asymptomatique (Catégorie IV du NIH)

- 1) Aucune évaluation sauf si on envisage un traitement antimicrobien en raison de taux élevés d'APS ou d'une infertilité (Recommandée 3:C)

TRAITEMENT

I. Prostatite bactérienne aiguë (Catégorie I du NIH)

- 1) Antimicrobiens : Prostatite bactérienne aiguë grave avec fièvre et symptômes :
Aminoglycosides en association avec de l'ampicilline, pénicilline à large spectre en association avec un inhibiteur de la bêta-lactamase; une céphalosporine de 3^e génération ou une fluoroquinolone est requise jusqu'à disparition de la fièvre et du sepsis urinaire connexe (Recommandés 2:A)
Après disparition de l'infection grave et chez les patients moins gravement atteints, des fluoroquinolones par voie orale en traitement externe sur 2 à 4 semaines constituent un traitement convenable (Recommandé 4:B)
- 2) Hospitalisation si indiquée (Recommandée 3:B)
- 3) Drainage urinaire si indiqué (Recommandé 3:B)
- 4) Imagerie si indiquée (Recommandée 4:A)
- 5) Drainage d'un abcès de la prostate si indiqué (Recommandé 4:A)

II. Prostatite bactérienne chronique (Catégorie II du NIH)

- 1) Fluoroquinolone par voie orale en présence de bactéries sensibles pendant 4 à 6 semaines (Recommandée 2:A)
- 2) Triméthoprim-sulfaméthoxazole (ou autres antimicrobiens) en présence de bactéries résistantes aux fluoroquinolones (Recommandé 3:B)
- 3) Patients réfractaires au traitement :
 - Traitement antimicrobien intermittent d'une cystite symptomatique aiguë (Recommandé 3:A)
 - Traitement antimicrobien à faible dose (Recommandée 3:A)
 - RTUP radicale ou simple prostatectomie (en dernier recours après échec de toutes les autres options). (Recommandée 4:C)

III. Prostatite chronique/syndrome de douleur pelvienne chronique (Catégorie III du NIH)

- 1) Antibiothérapie pour les cas récemment diagnostiqués et jamais traités par antimicrobiens (Recommandée 4:D)
Antibiothérapie en cas d'échec d'une antibiothérapie antérieure (Non recommandée 1:A)
- 2) Alpha-bloquant comme monothérapie de première ligne (Non recommandé 1:A)
Alpha-bloquant pour les cas récemment diagnostiqués jamais traités par alpha-bloquant et ayant des symptômes mictionnels, dans le cadre d'une stratégie thérapeutique multimodale (Facultatif 1:A)
- 3) Monothérapie par anti-inflammatoires (Non recommandée 1:B)
Traitement anti-inflammatoire dans le cadre d'une stratégie thérapeutique multimodale (Facultatif 2:C)
- 4) Phytothérapie par quercétine et extrait de pollen (recommandée 2:B); probablement plus efficace dans le cadre d'une stratégie thérapeutique multimodale (3:C)
- 5) Monothérapie par inhibiteur de la 5-alpha-réductase (Non recommandée 1:A)
Inhibiteur de la 5-alpha-réductase chez les hommes plus âgés avec symptômes du bas appareil urinaire et/ou dans le cadre d'une stratégie thérapeutique multimodale (Facultatif 2:C)
- 6) Traitement multimodal individualisé en fonction d'un phénotype clinique défini (Recommandé 3:C)
- 7) Traitements minimalement invasifs comme la thermoablation transurétrale, les traitements au laser, etc. (Non recommandés 2:A)
- 8) Traitements chirurgicaux invasifs comme une RTUP ou une prostatectomie radicale (Non recommandé 4:D)
- 9) Les traitements potentiellement efficaces suivants peuvent être envisagés chez certains patients (Facultatifs 4:D)
 - 1) Thérapie thermique sous forme de micro-ondes
 - 2) Biofeedback
 - 3) Physiothérapie
 - 4) Psychothérapie (Obligatoire en cas de dépression majeure et/ou de tendances suicidaires)
 - 5) Acupuncture
 - 6) Stimulation électromagnétique
 - 7) Myorelaxants (diazépam, baclofène, cyclobenzaprine)
 - 8) Agents neuromodulateurs (gabapentinoïdes, antidépresseurs tricycliques)
 - 9) Modulation du nerf honteux

IV. Prostatite asymptomatique (Catégorie IV du NIH)

- 1) Traitement formel (Non recommandé : 3:A)
- 2) Envisager un traitement antimicrobien en cas de taux élevés d'APS, d'infertilité ou de manipulation (biopsie) (Facultatif 3:C)

Légende des figures

Figure 1 : Le questionnaire NIH-CPSI (National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index) évalue les trois principaux domaines en lien avec la prostatite : la douleur (siège, fréquence et gravité), la miction (symptômes irritants et obstructifs) et la qualité de vie (y compris les répercussions de la maladie). Cet indice est utile dans les travaux de recherche et en pratique clinique. Tiré de la référence [7]. (Repris avec permission).

Figure 2 : Algorithme diagnostique pour un patient consultant en raison d'un syndrome de prostatite chronique

Figure 3 : Algorithme fondé sur les meilleures données pour la prise en charge de la PC/du SDPC

Figure 4 : Stratégie thérapeutique en fonction du phénotype clinique (système UPOINT) pour la prise en charge de la PC/du SDPC

Références :

1. Nickel JC, Downey J, Hunter D, Clark J. Prevalence of prostatitis-like symptoms in a population based study employing the NIH-chronic prostatitis symptom index (NIH-CPSI). *J Urol* 2001; 165: 842-45.
2. Nickel JC, Downey JA, Nickel KR, et al. Prostatitis-like symptoms: one year later. *Br J Urol* 2002; 90:678-80.
3. Nickel JC, Teichman JM, Gregoire M, et al. Prevalence, diagnosis, characterization, and treatment of prostatitis, interstitial cystitis and epididymitis in outpatient urologic practice: The Canadian PIE Study. *Urol* 2005; 66: 935-40.
4. McNaughton-Collins M, Pontari MA, O'Leary MP, et al. Quality of life is impaired in men with chronic prostatitis: the chronic prostatitis collaborative research network. *J General Inter Med* 2001; 16(10):565-662.
5. Calhoun EA, McNaughton Collins M, Pontari MA, et al. The economic impact of chronic prostatitis. *Arch Intern Med* 2004; 164(11):1231-36.
6. Nickel JC. Prostatitis and Related Conditions, Orchitis, and Epididymitis. Chapter 11 In *Campbell-Walsh Urology*, Edited by Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA. Elsevier, Philadelphia, PA, 2011; in press.
7. Litwin MS, McNaughton-Collins M, Fowler F J, et al. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. *J Urol* 1999; 162(2): 369-75.
8. Nickel JC. Clinical evaluation of the man with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urol* 2003; 60(Suppl 6A): 20-3.
9. Schaeffer AJ, Anderson RU, Krieger JN, et al. The assessment and management of male pelvic pain syndrome, including prostatitis. PART 2 Diagnostic workup and algorithms. In *Male Lower Urinary Tract Dysfunction, Evaluation and Management*. Editors McConnell J, Abrams P, Denis L, Khoury S, Roehrborn C, 6th International Consultation on New Developments in Prostate Cancer and Prostate Disease, June 24-27, 2005, Health Publications, Paris, Edition 2006; pp 3773-385.
10. Fall, M, Baranowski AP, Elneil S, et al. Guidelines on Chronic Pelvic Pain Update 2008. *Eur Assoc Uro Guidelines*. http://www.uroweb.org/fileadmin/tx_eauguidelines/2008/Full/ CPP.pdf accessed May 30, 2011.
11. Anothaisintawee T, Attia J, Nickel JC, et al. The Management of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome: A systematic review and network meta-analysis. *JAMA* 2011; 305:78-86.
12. Krieger JN, Nyberg LJ, Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis. *JAMA* 1999; 282: 236-7.
13. Neal DE, Jr. Treatment of acute prostatitis. In Nickel JC (ed). *Textbook of Prostatitis*. Oxford: ISIS Medical Media, 1999: 279-284.
14. Bjerklund Johansen TE, Gruneberg RN, Guibert J, et al. The role of antibiotics in the treatment of chronic prostatitis: a consensus statement. *Eur Urol* 1998; 34: 457-466.
15. Naber KG. Antimicrobial treatment of bacterial prostatitis. *Eur Urol Suppl* 2003; 2: 23-6.
16. Warren JW, Abrutyn E, Hebel JR, et al. Guidelines for antimicrobial treatment of uncomplicated acute bacterial cystitis and acute pyelonephritis in women. *Infectious Diseases Society of America (IDSA)*. *Clin Infect Dis* 1999; 29: 745-58.
17. Naber KG, Bergman B, Bishop MC, et al. EAU guidelines for the management of urinary and male genital tract infections. *Urinary Tract Infection (UTI) Working Group of the Health Care Office (HCO) of the European Association of Urology (EAU)*. *Eur Urol* 2001; 40: 576-588.
18. Naber KG. Antibiotic treatment of chronic bacterial prostatitis. In Nickel JC (ed). *Textbook of Prostatitis*. Oxford: ISIS Medical Media, 1999: 285-292.
19. Network-Canada Ts. "Canadian National Antimicrobial Susceptibility patterns of E. coli isolated from UTI sources in 2001-2002." TSN - Canada database (accessed).
20. Nickel JC. Management of urinary tract infections: historical perspective and current strategies: Part 2--Modern management. *J Urol* 2005; 173: 27-32.
21. Schaeffer AJ, and Darras FS. The efficacy of norfloxacin in the treatment of chronic bacterial prostatitis refractory to trimethoprim-sulfamethoxazole and/or carbenicillin. *J Urol* 1990; 144: 690-693.
22. Petrikos G, Peppas T, Giamarellou H, Poulivos K, Zouboulis P, and Sfikakis P. Four year experience with norfloxacin in the treatment of chronic bacterial prostatitis. 17th Int Congr Chemother 1991; Abstr 1302.

23. Pust RA, Ackenheil-Koppe HR, Gilbert P, and Weidner W. Clinical efficacy of ofloxacin(Tarivid) in patients with chronic bacterial prostatitis: preliminary results. *J Antimicrob Chemother* 1989; 1: 469-471.
24. Weidner W, Schiefer HG, and Dalhoff A. Treatment of chronic bacterial prostatitis with ciprofloxacin. Results of a one-year follow-up study. *Am J Med* 1987; 82: 280-283.
25. Weidner W, Schiefer HG, and Brahler E. Refractory chronic bacterial prostatitis: a re-evaluation of ciprofloxacin treatment after a median follow-up of 30 months. *J Urol* 1991; 146: 350-352.
26. Naber KG, Busch W, and Focht J. Ciprofloxacin in the treatment of chronic bacterial prostatitis: a prospective, non-comparative multicentre clinical trial with long-term follow-up. The German Prostatitis Study Group. *Int J Antimicrob Agents* 2000; 14: 143-149.
27. Naber KG. Lomefloxacin versus ciprofloxacin in the treatment of chronic bacterial prostatitis. *Int J Antimicrob Agents* 2002; 20: 18-27.
28. Bundrick W, Heron SP, Ray P, Schiff WM, Tennenberg AM, Wiesinger BA, Wright PA, Wu SC, Zadeikis N, and Kahn JB. Levofloxacin versus ciprofloxacin in the treatment of chronic bacterial prostatitis: a randomized double-blind multicenter study. *Urology* 2003; 62: 537-541.
29. Barbalias GA, Nikiforidis G, and Liatsikos EN. Alpha-blockers for the treatment of chronic prostatitis in combination with antibiotics. *J Urol* 1998; 159: 883-887.
30. Nickel JC, Krieger JN, McNaughton-Collins M, et al. Alfuzosin and symptoms of chronic prostatitis-chronic pelvic pain syndrome. *N Engl J Med*. Dec 18 2008;359(25):2663-2673.
31. Tugcu V, Tasci AI, Fazlioglu A, et al. A Placebo-Controlled Comparison of the Efficiency of Triple- and Monotherapy in Category III B Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS). *European Urology*. 2007;51(4):1113-1118.
32. Goldmeier D, Madden P, McKenna M, Tamm N. Treatment of category III A prostatitis with zafirlukast: A randomized controlled feasibility study. *International Journal of STD and AIDS*. 2005;16(3):196-200.
33. Nickel JC, Pontari M, Moon T, et al. A randomized, placebo controlled, multicenter study to evaluate the safety and efficacy of rofecoxib in the treatment of chronic nonbacterial prostatitis. *Journal of Urology*. 2003;169(4):1401-1405.
34. Elist J. Effects of pollen extract preparation Prostat/Poltit on lower urinary tract symptoms in patients with chronic nonbacterial prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Urology*. Jan 2006;67(1):60-63.
35. Shoskes DA, Zeitlin SI, Shahed A, et al. Quercetin in men with category III chronic prostatitis: a preliminary prospective, double-blind, placebo-controlled trial. *Urol Dec* 1999; 54(6): 960-63.
36. Wagenlehner FM, Schneider H, Ludwig M, et al. A pollen extract (Cernilton) in patients with inflammatory chronic prostatitis-chronic pelvic pain syndrome: a multicentre, randomised, prospective, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. *Eur Urol*. Sep 2009; 56(3): 544-51.
37. Alexander RB, Probert KJ, Schaeffer AJ, et al. Ciprofloxacin or tamsulosin in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized, double-blind trial. *Ann Intern Med*. Oct 19 2004; 141(8): 581-89.
38. Bates SM, Hill VA, Anderson JB, et al. A prospective, randomized, double-blind trial to evaluate the role of a short reducing course of oral corticosteroid therapy in the treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *BJU International*. 2007; 99(2): 355-59.
39. Nickel JC, Narayan P, McKay J, Doyle C. Treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome with tamsulosin: A randomized double blind trial. *J Urol* 2004; 171(4):1594-97.
40. Kaplan SA, Volpe MA, Te AE. A prospective, 1-year trial using saw palmetto versus finasteride in the treatment of category III prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Urol* 2004; 171(1):284-88.
41. Cheah PY, Liong ML, Yuen KH, et al. Terazosin therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A randomized, placebo controlled trial. *J Urol* 2003;169(2):592-96.
42. Evliyaoglu Y, Burgut R. Lower urinary tract symptoms, pain and quality of life assessment in chronic non-bacterial prostatitis patients treated with (alpha)-blocking agent doxazosin; Versus placebo. *Int Urol Nephro* 2002; 34(3):351-56.
43. Gul O, Eroglu M, Ozok U. Use of terazosin in patients with chronic pelvic pain syndrome and evaluation by prostatitis symptom score index. *Int Urol Nephro* 2001; 32(3):433-36.

44. Jeong CW, Lim DJ, Son H, et al. Treatment for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: Levofloxacin, doxazosin and their combination. *Urologia Internationalis*. 2008; 80(2):157-61.
45. Leskinen M, Lukkarinen O, Marttila T. Effects of finasteride in patients with inflammatory chronic pelvic pain syndrome: A double-blind, placebo-controlled, pilot study. *Urol* 1999; 53(3):502-05.
46. Mehik A, Alas P, Nickel JC, et al. Alfuzosin treatment for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled, pilot study. *Urol* 2003;62(3):425-29.
47. Nickel JC, Downey J, Clark J, et al. Levofloxacin for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in men: A randomized placebo-controlled multicenter trial. *Urol* 2003;62(4):614-17.
48. Nickel JC, Downey J, Pontari MA, et al. A randomized placebo-controlled multicentre study to evaluate the safety and efficacy of finasteride for male chronic pelvic pain syndrome (category IIIA chronic nonbacterial prostatitis). *BJU Int* 2004; 93(7): 991-95.
49. Nickel JC, Forrest JB, Tomera K, et al. Pentosan polysulfate sodium therapy for men with chronic pelvic pain syndrome: a multicenter, randomized, placebo controlled study. *J Urol* Apr 2005;173(4):1252-55.
50. Ye ZQ, Lan RZ, Yang WM, et al. Tamsulosin treatment of chronic non-bacterial prostatitis. *J Int Med Res*. 2008;36(2):244-52.
51. Zhao WP, Zhang ZG, Li XD, et al. Celecoxib reduces symptoms in men with difficult chronic pelvic pain syndrome (Category IIIA). *Brazilian J of Med and Bio Res* 2009;42(10):963-67.
52. Zhou Z, Hong L, Shen X, et al. Detection of nanobacteria infection in type III prostatitis. *Urol* Jun 2008;71(6):1091-95.
53. Pontari MA, Krieger JN, Litwin MS, et al. Pregabalin for the Treatment of Men With Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *Arch Intern Med*. September 2010;170:1586-93.
54. Nickel, J. C, O'Leary, MP, Lepor H. et al. Silodosin for men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: Results of a Phase II multicenter, double-blind, placebo-controlled study. *J Urol* 2011; in press.
55. Nickel, JC, Atkinson G, Krieger J, et al.: Tanezumab therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPSP): Preliminary assessment of efficacy and safety in a randomized controlled trial AUA abstract 2011.
56. Nickel JC, Mullins C, Tripp DA. Development of an evidence-based cognitive behavioural treatment program for men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *World J Urol* 2008;26:167-72.
57. Nickel JC, Downey J, Arden, D, Clark J, Nickel K. Failure of a monotherapy strategy for difficult chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Urol* 2004, 172: 551-54.
58. Shoskes D, Katz E. Multimodal therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Current Urology Reports*. 2005;6:296-9.
59. Nickel JC, Shoskes D. Phenotypic Approach to the management of the Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. *BJU Int* 2010; 106:1252-63.
60. Shoskes DA, Nickel JC, Kattan M. Phenotypically Directed Multimodal Therapy for Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome: A Prospective Study Using UPOINT. *Urol* 2010; 75:1249-53.

Figure 1

Questionnaire NIH-Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI)

Douleur ou malaises

1. Avez-vous ressenti des douleurs ou malaises dans l'une des régions ci-dessous au cours de la semaine dernière?

Oui Non

a. Région entre rectum et testicules (périnée) 0 1 0 0

b. Testicules 0 1 0 0

c. Pointe du pénis (sans rapport avec la miction) 0 1 0 0

d. Sous la taille, dans la région du pubis ou de la vessie 0 1 0 0

2. Au cours de la semaine dernière, avez-vous ressenti :

Oui Non

a. des douleurs ou des brûlures pendant la miction? 0 1 0 0

b. des douleurs ou malaises pendant ou après l'orgasme (éjaculation)? 0 1 0 0

3. La semaine dernière, combien de fois avez-vous eu des douleurs ou malaises dans l'une ou plusieurs de ces régions?

0 Jamais

1 Rarement

2 Parfois

3 Souvent

4 Presque tout le temps

5 Tout le temps

4. Quel chiffre décrit le mieux vos douleurs ou malaises EN MOYENNE les jours où vous les avez ressentis au cours de la semaine dernière?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

AUCUNE
DOULEUR

PIRE
DOULEUR
IMAGINABLE

Miction

5. Combien de fois la semaine dernière avez-vous eu l'impression que votre vessie n'était pas complètement vidée après avoir uriné?

- θ_0 Jamais
- θ_1 Moins d'une fois sur cinq
- θ_2 Moins de la moitié du temps
- θ_3 Environ la moitié du temps
- θ_4 Plus de la moitié du temps
- θ_5 Presque tout le temps

6. Combien de fois la semaine dernière avez-vous dû uriner dans les 2 heures qui ont suivi la miction précédente?

- θ_0 Jamais
- θ_1 Moins d'une fois sur cinq
- θ_2 Moins de la moitié du temps
- θ_3 Environ la moitié du temps
- θ_4 Plus de la moitié du temps
- θ_5 Presque tout le temps

Répercussions des symptômes

7. Dans quelle mesure vos problèmes vous ont-ils empêché d'accomplir vos activités habituelles la semaine dernière?

- θ_0 Aucunement
- θ_1 Un peu
- θ_2 Moyennement
- θ_3 Beaucoup

8. Combien de fois la semaine dernière avez-vous réfléchi à vos problèmes?

- θ_0 Jamais
- θ_1 Quelques fois
- θ_2 De temps à autre
- θ_3 Souvent

Qualité de vie

9. Comment vous sentiriez-vous si vous deviez vivre le reste de votre vie avec exactement les mêmes symptômes que vous avez ressentis la semaine dernière?

θ_0 Enthousiasmé

θ_1 Content

θ_2 Plutôt satisfait

θ_3 Sentiments partagés (tant satisfait qu'insatisfait)

θ_4 Plutôt insatisfait

θ_5 Malheureux

θ_6 Très malheureux

Score des domaines du NIH-Chronic Prostatitis Symptom Index

Douleur : Total de 1a, 1b, 1c, 1d, 2a, 2b, 3 et 4 = _____

Symptômes urinaires : Total de 5 et 6 = _____

Qualité de vie : Total de 7, 8 et 9 = _____

Figure 2

ÉVALUATION D'UN HOMME AVEC PC ou PC/SDCP

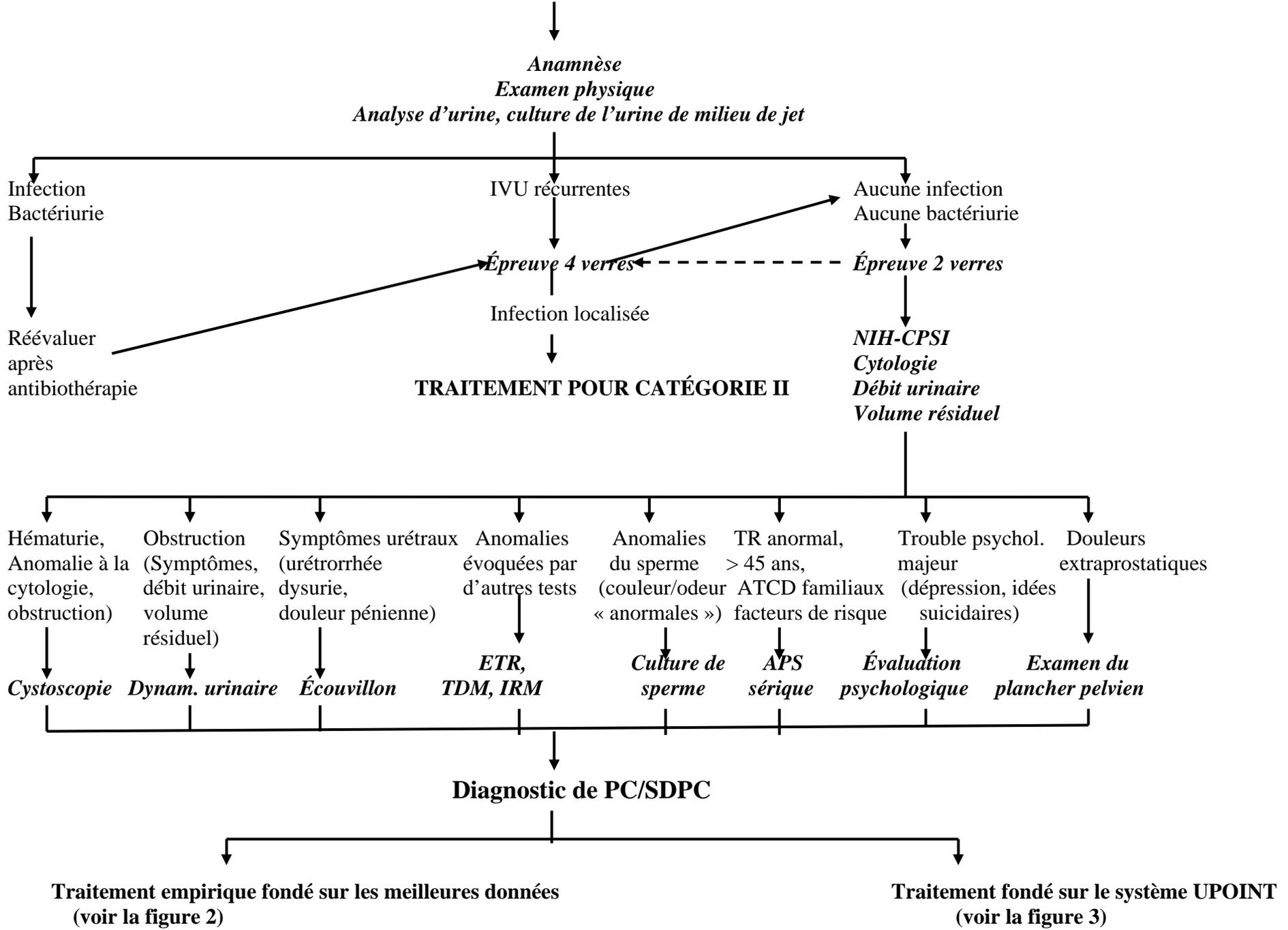
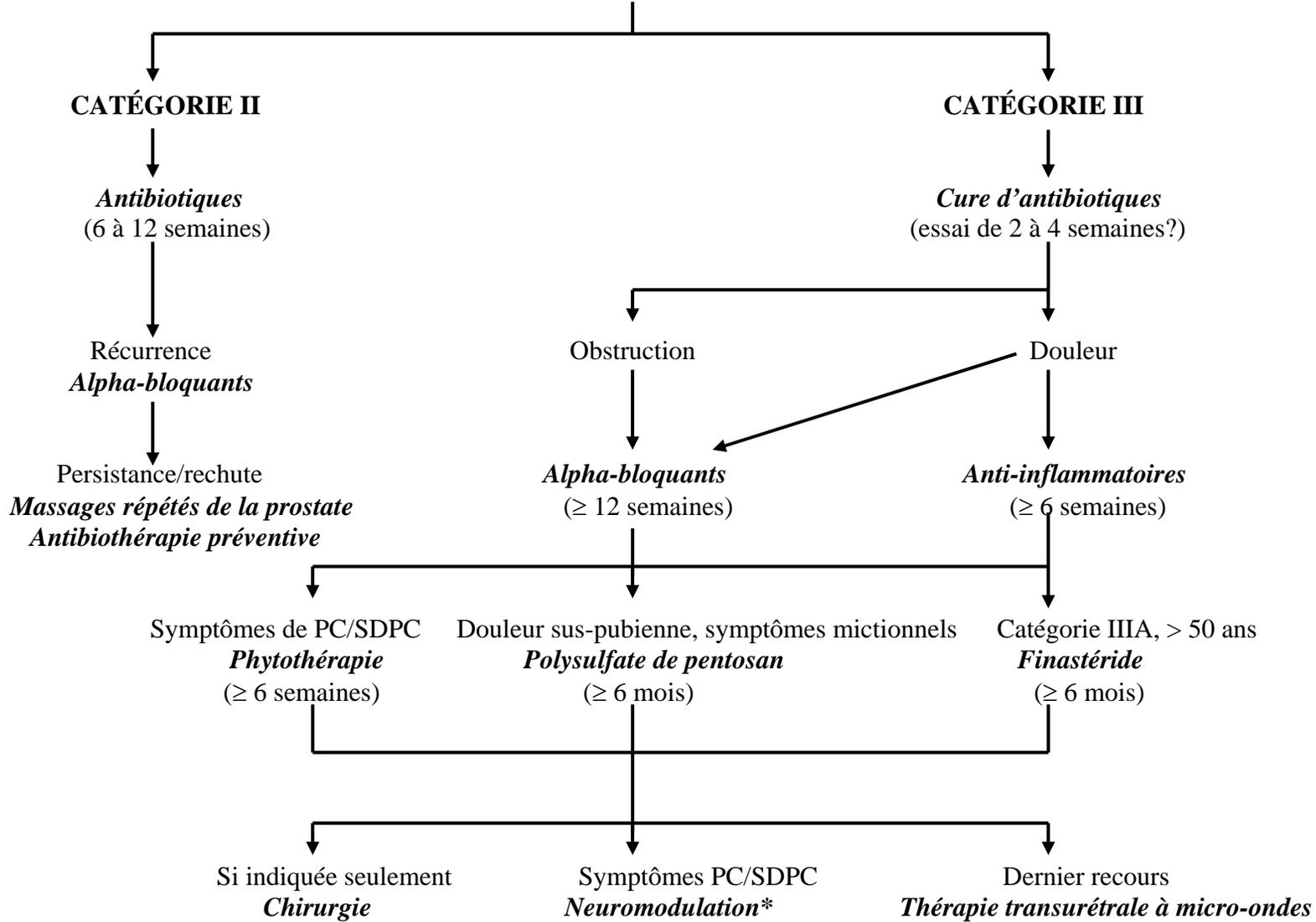


Figure 3

**TRAITEMENT D'UN HOMME ATTEINT DE PC ou PC/SDPC
(pour le diagnostic, voir la figure 1)**



*amitriptyline, gabapentine, biofeedback, massages, acupuncture, neurostimulation

Figure 4

ÉVALUATION D'UN HOMME ATTEINT DE PC ou PC/SDPC

Algorithme diagnostique
(voir la figure 1)

