

## Lettre à la rédaction

### Abcès prostatique à *Brucella*

#### *Brucella* prostatic abscess

*Mots clés* : Brucellose ; Abcès prostatique

*Keywords* : Brucellosis; Prostatic abscess

### 1. Introduction

La brucellose, maladie à 100 visages, est une zoonose due à l'infection par *Brucella*. Elle sévit en Tunisie sous le mode endémoépidémique. Les localisations urogénitales sont assez fréquentes, à type le plus souvent d'orchépididymite. L'abcès prostatique d'origine brucellienne est exceptionnel. Nous en rapportons la troisième observation mondiale publiée en insistant sur les difficultés de diagnostic étiologique.

### 2. Observation

Un homme de 45 ans, originaire de Kasserine (sud-tunisien), a été hospitalisé pour fièvre évoluant depuis trois semaines, associée à des brûlures mictionnelles. À l'admission, il était fébrile à 39,5 °C. Au toucher rectal, la prostate était globuleuse, douloureuse et de consistance ferme. Le reste de l'examen physique était sans anomalies. Le bilan biologique a montré une hyperleucocytose à 17 000 par millimètre cube à prédominance polynucléaires neutrophiles et un syndrome inflammatoire (VS à 85 la première heure et CRP à 46 mg/l). Les hémocultures, ainsi que l'examen cyto bactériologique des urines, se sont révélés négatifs. L'échographie prostatique par voie sus-pubienne a objectivé une prostate augmentée de taille, à contours flous. Devant la positivité de la sérologie de Wright à 1/640, le diagnostic de brucellose a été retenu. La contamination serait liée à l'ingestion de lait cru. Le malade a été traité par une trithérapie associant doxycycline, rifampicine et ciprofloxacine. Au dixième jour du traitement antibiotique, le toucher rectal a mis en évidence la présence d'une fluctuation au dépens du lobe droit de la prostate. L'échographie prostatique par voie endorectale a conclu à un abcès du lobe droit de la prostate de 5 × 3,5 cm de taille (Fig. 1). La ponction de l'abcès par voie transrectale a permis le drainage de 60 ml de pus dans lequel *Brucella melitensis* a été isolé. La durée totale du traitement antibrucellien était de six mois avec une bonne évolution clinique, biologique et échographique.

Nous concluons donc à une focalisation de la brucellose sous forme d'abcès prostatique.

### 3. Discussion

La brucellose constitue encore une maladie infectieuse problématique dans les pays du bassin méditerranéen, en raison de son incidence élevée et de ses multiples présentations cliniques. Après la contamination cutanéomuqueuse ou digestive (mode le plus semblable chez notre malade), les bacilles du genre *Brucella* se multiplient dans les ganglions lymphatiques, déterminent une bactériémie et colonisent le système réticuloendothélial des ganglions, de la rate, du foie, de la moelle osseuse mais aussi les organes génitaux et particulièrement les testicules. En fait, les localisations urogénitales de la brucellose représentent 2 à 20 % des formes focalisées de la maladie [1]. Elles viennent en deuxième position après les localisations ostéoarticulaires. Parmi ces localisations urogénitales, l'orchépididymite de la phase aiguë septicémique est une donnée classique [2,3]. *Brucella* peut aussi être responsable de kyste ovarien et de salpingite chez la femme. Quant à l'atteinte de l'appareil urinaire, quelques cas d'abcès du rein, de pyélonéphrite, de néphropathie interstitielle et glomérulaire ont été rapportés [1]. La prostatite brucellienne n'a été décrite que par certains auteurs [4]. Encore moins fréquent l'abcès prostatique qui n'a été rapporté que deux fois [5,6]. Les signes cliniques de l'abcès de la prostate ne sont pas spécifiques. Pollakiurie, dysurie et fièvre sont les signes les plus fréquents. Le toucher rectal n'est également pas spécifique. La constatation d'une fluctuation, présente chez notre malade, n'est retrouvée que dans 16 à 20 % des cas d'abcès prostatique [7]. Ainsi, le diagnostic positif est radiologique. C'est l'échographie prostatique endorectale qui est la plus utilisée comme cela a été le cas chez notre patient. La tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique peuvent apporter de bénéfice en cas d'extension pelvienne des phénomènes infectieux. Classiquement, les germes dominants l'étiologie de l'abcès prostatique sont les bacilles à Gram négatif, notam-



Fig. 1. Échographie prostatique par voie endorectale : abcès du lobe droit de la prostate, formation hypoéchogène cloisonnée par des bandes fines hyperéchogènes de l'hémiprostate droite.

Fig. 1. Endorectal prostatic ultrasonography: abscess in the right lobe of the prostate, hypoechoic image surrounded by thin hyperechoic bands in the right hemiprostata.

ment *Escherichia coli* (50%) [7], suivis par *Staphylocoques aureus*. *Brucella* n'a été citée comme agent étiologique d'abcès prostatique que deux fois [5,6]. Le diagnostic étiologique des atteintes urogénitales infectieuses est basé sur les prélèvements bactériologiques : examen cyto bactériologique des urines, pus d'abcès. . . L'apport de ces examens bactériologiques varie selon l'étiologie. En effet, l'examen cyto bactériologique des urines constitue un examen capital lorsqu'il s'agit d'infection à bacilles à Gram négatif ou à cocci à Gram positif. En revanche, la culture des urines est un examen inadéquat pour confirmer l'étiologie brucellienne : dans la série d'Athanasios et al [3] concernant 158 cas d'orchépididymite, la culture des urines était négative dans les 17 cas d'origine brucellienne alors qu'elle était positive dans les cas restants avec isolement d'*E. coli* (52%), de *Proteus mirabilis* (17%), de *Klebsiella pneumoniae* (9%), d'entérocoques (9%), de *S. aureus* (8%), de *Serratia* (2%), de *Pseudomonas aeruginosa* (2%) et d'*Acinetobacter* (1%). Dans la série de Navarro-Martinez et al. [2], concernant 59 cas d'orchépididymite brucellienne, le brucelle n'a pas été isolé dans les urines dans tous les cas. En effet, dans les deux séries, l'étiologie brucellienne a été essentiellement retenue sur la positivité du sérodiagnostic de Wright. Chez notre patient, les urines étaient stériles et l'étiologie brucellienne de l'abcès prostatique a été confirmée par l'isolement de *Brucella* dans le pus d'abcès après culture.

Le traitement de l'abcès prostatique est habituellement double, médical (antibiothérapie) et chirurgical. Le traitement antibrucellien classique consiste en une bi-antibiothérapie associant la doxycycline et la rifampicine. Un troisième antibiotique à bonne pénétration prostatique à type de cotrimoxazole ou de fluoroquinolone peut être associé. La durée du traitement doit être prolongée pour éviter les récurrences. Par analogie aux abcès prostatiques non brucelliens, le drainage de l'abcès peut être soit chirurgical par abord périnéal soit par ponction percutanée par voie périnéale ou transrectale. Il est le plus souvent

réservé aux abcès de taille supérieure à un centimètre. Notre patient a été traité avec succès par une trithérapie (doxycycline, rifampicine et ciprofloxacine) pendant six mois associé à un drainage chirurgical.

#### 4. Conclusion

L'abcès prostatique brucellien peut être révélateur de la maladie. De ce fait, l'étiologie brucellienne reste à évoquer devant un tableau d'abcès prostatique, particulièrement dans les régions endémiques.

#### Références

- [1] Ibrahim AI, Awad R, Shetty SD, Saad M, Bilal NE. Genito-urinary complications of brucellosis. *Br J Urol* 1988;61(4):294–8.
- [2] Navarro-Martinez A, Solera J, Corredoira J, Beato JL, Martinez-Alfaro E, Atienzar M, et al. Epididymo-orchitis due to *Brucella mellitensis*: a retrospective study of 59 patients. *CID* 2001;33:2017–22.
- [3] Papatsoris Athanasios G, Mpadra Filitsa A, Karamouzis Michalis V, Frangides Christos Y. Endemic brucellar epididymo-orchitis: a 10-year experience. *Int J Infect Dis* 2002;6:309–13.
- [4] Rosales Leal JL, Tallada Bunnuel M, Espejo Maldonado E, Cozar Olmo JM, Vicente Prados FJ, Martinez Morcillo A, et al. Acute prostatitis as the first symptom of brucellosis. *Arch Esp Urol* 2003;56(5):527–9.
- [5] Dakdouki GK, Al Awar GN. *Brucella* prostatic abscess: first case report. *Scand J Infect Dis* 2005;37(9):692–4.
- [6] Guinda Sevillano C, Arevalo Velasco JM, Espuela Orgaz R, Noguera Gimeno MA, Martinez Perez E, et al. Abscessed brucellar prostatitis. An infrequent location. *Acta Urol Esp* 1995;19(8):647–50.
- [7] Weinberger M, Cytron S, Servadio C, Block C, Rosenfeld JB, Pitlik SD. Prostatic abscess in the antibiotic era. *Rev Infect Dis* 1988;10:239–49.

N. Ben Arab\*

I. Maâloul

Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, route elain, 3029 Sfax, Tunisie

A. Bouhlel

Service d'urologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

C. Marrekchi

B. Khemekhem Hammami

Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, route elain, 3029 Sfax, Tunisie

N. Mhiri

Service d'urologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

A. Hammami

Laboratoire de microbiologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

M. Ben Jemaâ

Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, route elain, 3029 Sfax, Tunisie

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nozhabenarab@yahoo.fr (N. Ben Arab).

4 septembre 2007

Disponible sur Internet le 12 mars 2008