



URGENCES EN UROLOGIE

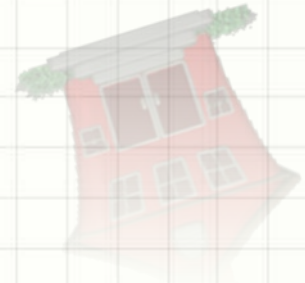
AU « SANS RENDEZ-VOUS »

Évaluer et prendre en charge les urgences urologiques dans un contexte de médecine de première ligne

Dre ANNIE IESSARD
UROLOGUE
CISSS-ME St-Hyacinthe
1^{ER} DECEMBRE 2017

Divuligation

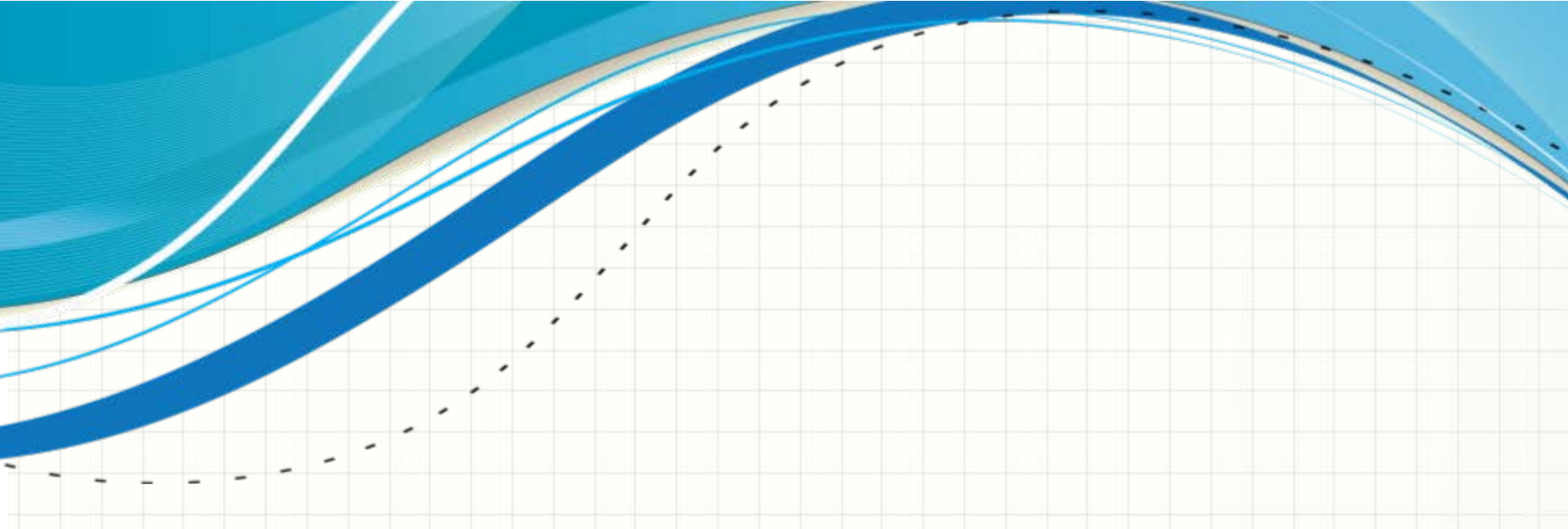
AUCUNE



Objectifs de la présentation

- 1) ÉVALUER les conditions urologiques fréquentes au bureau ou dans un contexte de SRDV.
- 2) EXPLIQUER l'investigation et les interventions à initier au bureau.
- 3) RECONNAÎTRE le moment opportun d'une référence en urologie.





ANOMALIES GÉNITALES MASCULINES

Anomalies génitales masculines

1. Adhérences balano-préputiales et smegma
2. Phimosis
3. Paraphimosis
4. Balanite
5. Sténose du méat
6. Anomalies du frein

Adhérences balano-préputiales

Physiologiques

Libération progressive avec dilatation

Association avec smegma

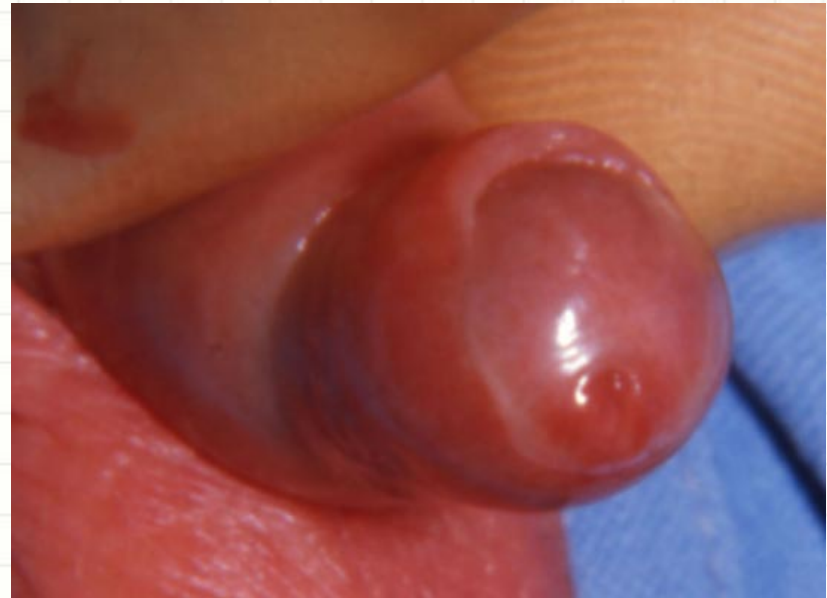
Traitement sous local

si (rarement):

Infections à répétition

Inconfort

Age > 10 ans

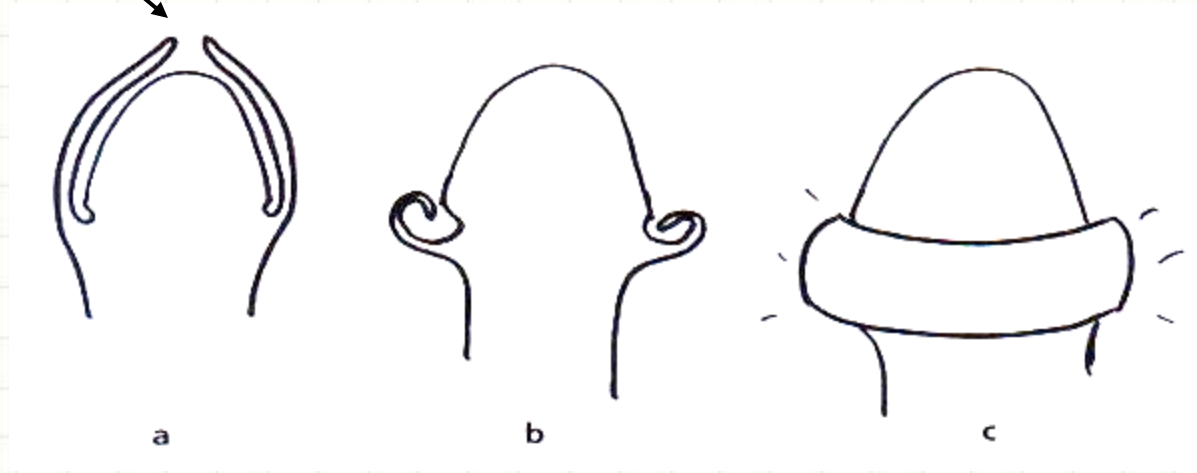


Phimosis



Normal

Paraphimosis



a

b

c

Phimosis

- **Phimosis physiologique:**
Encore présent chez 10% à 3 ans
- **Phimosis pathologique:**
Inflammation / cicatrice
Lichen scléreux (BXO)
- **Traitement:**
stéroïde topique (dermovate id)
Circoncision



Balanite / posthite

Infection / inflammation du prépuce / gland

Plus fréquent si adhérences / phimosis

Écoulement purulent fréquent

Germe de la peau

Bain

Traitement topique

Antibiothérapie po

Paraphimosis

Œdème du prépuce
coincé derrière le gland

Urgence !!

Compression ferme et prolongée avec réduction
(gel xylo, bloc pénien, sédation)

Traitement du phimosis par la suite

NB: Pt avec sonde



Sténose du méat

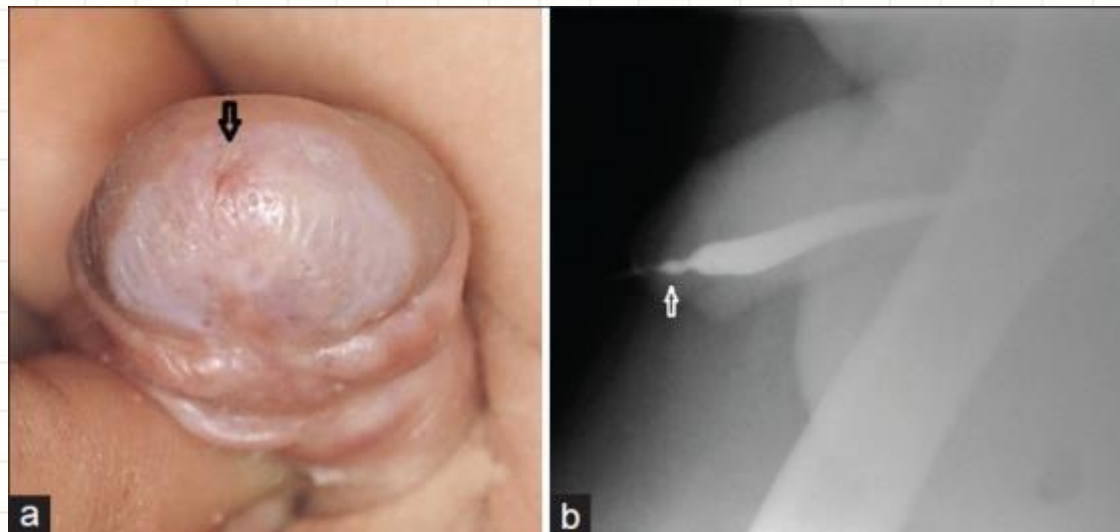
Diminution jet urinaire

Post circoncision

Post- trauma

Secondaire à lichen scléreux

Traitement chirurgical / dilatation

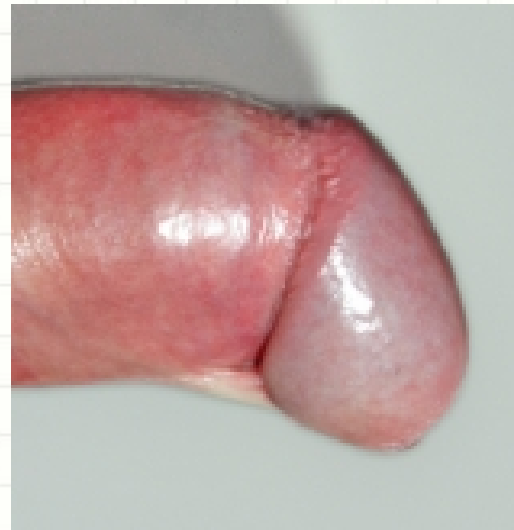


Frein court

Douleur / déchirure / saignement

Érection / relation sexuelle

Plastie / section sous anesthésie locale





**PATHOLOGIES
GENITO-SCROTALES**

Diagnostic différentiel

Douloureux

Torsion testiculaire

Torsion appendiculaire

Orchite / Épididymite

Hernie inguinale (incarcérée)

Trauma

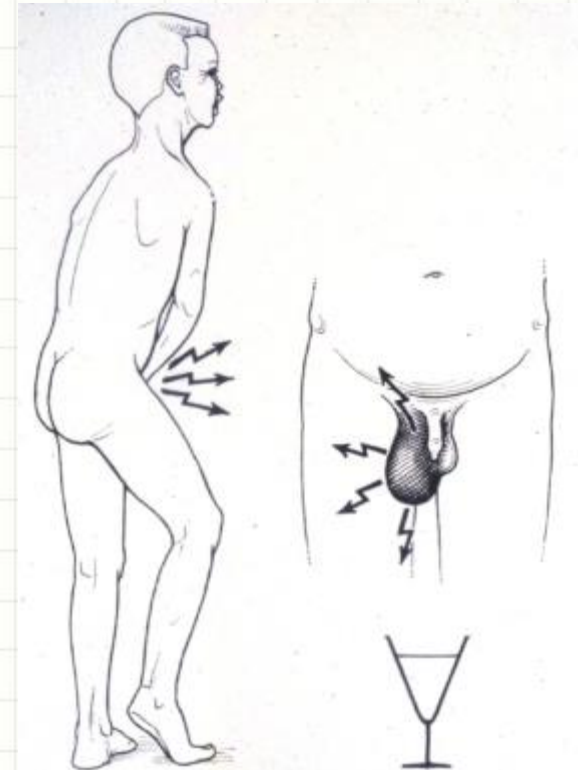
Vasculite inflammatoire

(purpura Henoch-Schonlein)

Douleur référée

Thrombose veineuse

Cancer du testicule



Diagnostic différentiel

Non douloureux

Cancer testiculaire

Hernie inguinale

Varicocèle

Hydrocèle

Spermatocèle

Granulome post-vasectomie

Anasarque

Tumeurs para-testiculaires

 Bénignes

 Malignes

Torsion testiculaire

Incidence

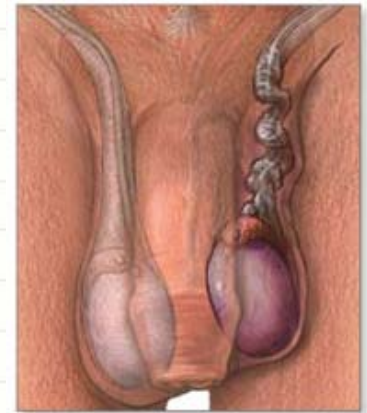
< 25 ans 1 : 4000 hommes

Nouveau-né (extravaginale)

Puberté (intravaginale)

65% des cas entre 12-18 ans

Peut être intermittent



Torsion testiculaire - Présentation

Douleur soudaine

Nausée, vomissement, fièvre

Augmentation taille du scrotum

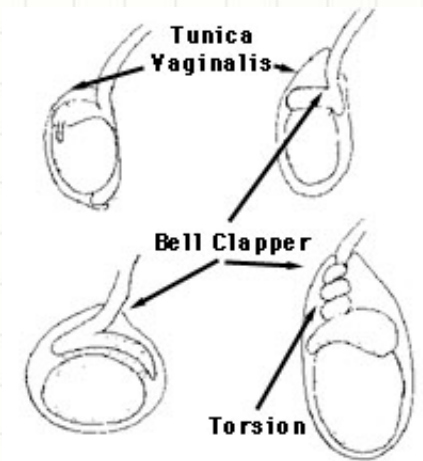
Testicule douloureux, haut, transverse

Cordon court

Hydrocèle

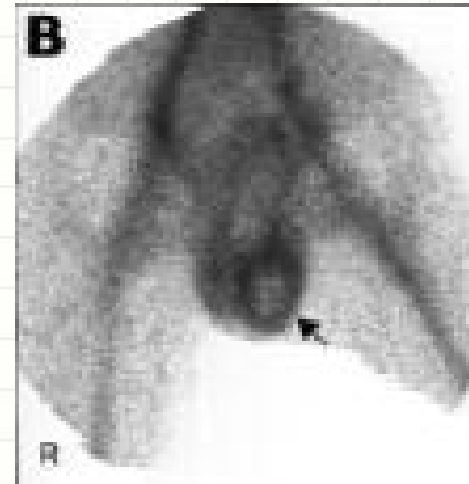
Pas réflexe crémastérien

Signe Prehn négatif



Torsion testiculaire - Investigation

Diagnostic clinique
Échographie / Doppler
Médecine nucléaire
Chirurgie



Doute = réaction

Torsion testiculaire

Traitement

Détorsion manuelle (temporaire)

Orchidopexie

Succès

<6h 100% viabilité

12h 20% viabilité

24h 0% viabilité

Si doute,

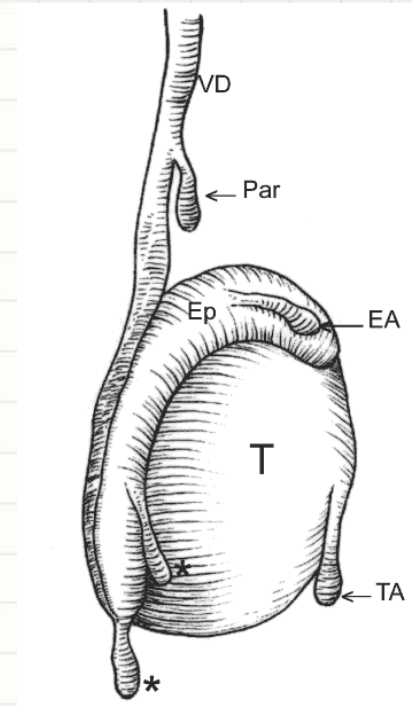
Exploration bilatérale et fixation



Torsion appendiculaire

- Appendice testis
Plus fréquent
- Appendice testiculaire

Plus fréquemment 7-12 ans



Torsion appendiculaire

- Douleur antéro-supérieure
- Testicule indolore au début
- "blue dot sign" précoce



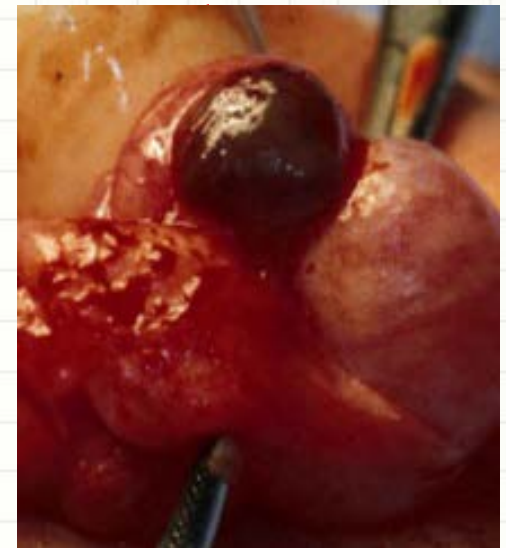
Copyright ©2006 by The McGraw-Hill Companies, Inc.
All rights reserved.

Traitement de support

Glace

AINS

Résolution sx 10-14 jrs



Diagnostic différentiel

Douloureux

Torsion testiculaire

Torsion appendiculaire

Orchite / Épididymite

Hernie inguinale (incarcérée)

Trauma

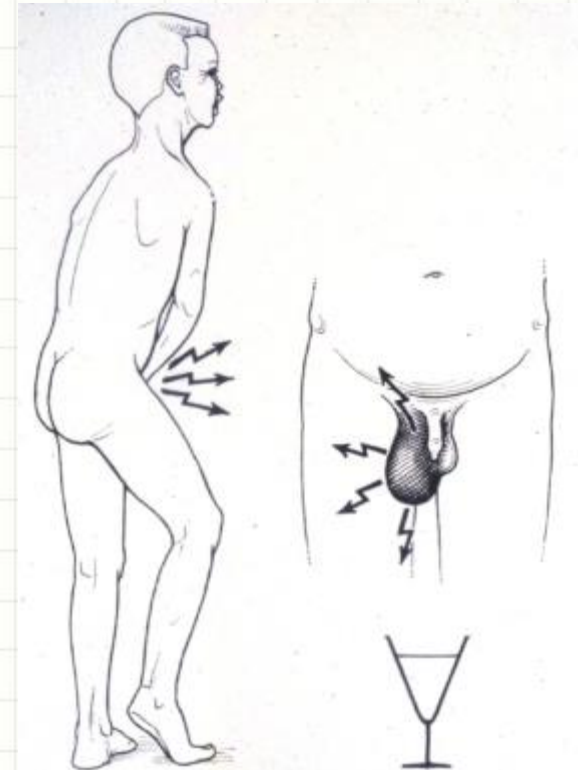
Vasculite inflammatoire

(purpura Henoch-Schonlein)

Douleur référée

Thrombose veineuse

Cancer du testicule



Douleur référée

1. Lombaire
2. Inguinale
3. Abdominale

ex: lithiase

appendicite

- **LA** cause la plus fréquente orchialgie chronique



INFECTIOLOGIE

Epididymite - Causes

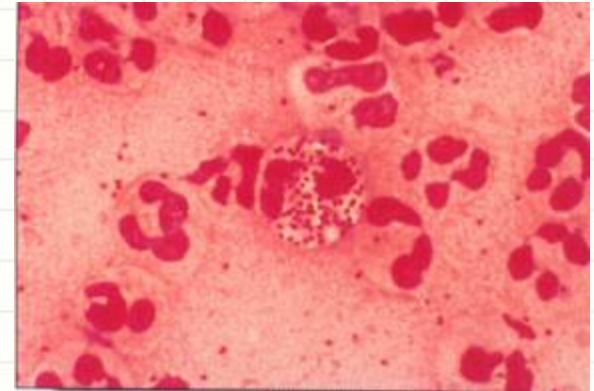
1) Chimique (reflux)

2) Infectieuse

ITS

Chlamydia trachomatis

Neisseria gonorrhoea



Bâtonnets Gram nég

Viral (à oreillons = 4-7jrs post parotidite)

HIV : ureaplasma

mycobacterium

CMV

cryptococcus

Epididymite - Présentation

Douleur progressive

Début au niveau de l'épididyme

Symptômes urinaires

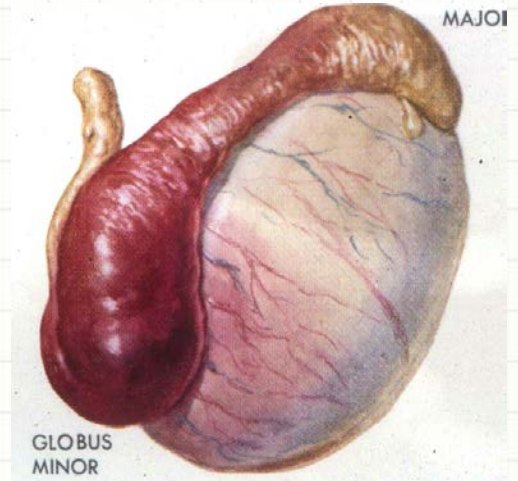
Symptômes systémiques

Abcès si fixation à la paroi



Orchi-épididymite - Traitement

- Support scrotal
- AINS
- Antibiotiques:
 - a) ceftriaxone + doxycycline
(250mg IM) (100mg BID x 10-14jrs)
 - Traiter le(s) partenaire(s)
 - b) Ofloxacine (200mg BID x 14 jrs)
 - c) Lévofloxacine (500mg id x 10 jrs)



Orchi-épididymite

- Objectif en clinique de première ligne : Rechercher ...
 - des facteurs de gravité septique
 - un globe vésical
 - une douleur au toucher rectal
- Analyse + culture des urines
- Hémocultures si fièvre (référer alors à L'URGENCE)
- Imagerie si clinique non claire ou éliminer des complications (abcès/hydrocèle surinfectée)
- Référence en urologie pour évaluation des voies urinaires si récurrence (résidu vésical, voies urinaires dilatées, obstacle)
- Quand hospitaliser ?
 - Syndrome septique sévère
 - Complications (rétention d'urine, abcès, hyperalgie, ...)

Orchi-épididymite

- SUIVI:
 - Tous les patients traités pour une épididymite devraient voir leur état s'améliorer dans les **48 heures** suivant le début du traitement; ceux sans amélioration, devraient être réévalués afin que le diagnostic et le traitement initiaux soient revus.
- Suivi post-traitement
 - 10% des cancers se présentent par inflammation



INFECTIOLOGIE

Prostatite

- Objectif :
 - Rechercher des facteurs de gravité : sepsis, rétention, bx
 - Rechercher un obstacle : adénome, cancer, sténose urétrale ou méat
- Examen clinique ++++ :
 - douleur au TR
 - +/- globe vésical
 - douleur lombaire (25%)
 - brûlures mictionnelles
 - dysurie ou rétention
- **Le massage prostatique est à éviter car il est douloureux et peut provoquer une bactériémie.**

Traitement de la prostatite aigue

Objectifs :

- Traitement de l'infection
 - Traitement de l'inflammation
 - Traitement d'une rétention éventuelle
-
- La prostatite bactérienne aiguë répond rapidement à la plupart des antibiotiques.
 - Dans certains cas avec facteurs de gravité, on peut opter pour une administration intraveineuse pour les premiers jours du tx.
 - Le tx 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

Médicaments proposés:

- **Triméthoprim-sulfaméthoxazole**, 160/800 mg, po BID
OU
- **Ofloxacin**, 400 mg, po BID
OU
- **Ciprofloxacin**, 500 mg, po BID
OU
- **Ampicillin**, 1 g, iv toutes les 6 hres
PLUS gentamicine, 5 mg/kg, de poids corporel iv/jour



QUESTIONS ?

Merci

RÉFÉRENCES

- Prog Urol, 2003, 13, 440-444.
 - [Référentiel du Collège](#) Chapitre 04 - Pathologie génito-scrotale chez le garçon et chez l'homme
- <http://www.merckmanuals.com/fr-pr/professional>
 - /troubles-génito-urinaires/troubles-p%C3%A9niens-et-scrotaux/phimosi-s-et-paraphimosis
- Prog Urol, 2010, 20, 11, 802-805
- Roehrborn CG et al, Eur Urol 2000;37:528-536
- Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles Sexuellement, santé Canada, mars 2014
- Progrès en Urologie (2008) 18 Suppl. 1, S19 S23
- **Section 4 - Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques,**
- **Santé Canada, <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-4-5-fra.php>**
- <https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/CDM/UsageOptimal/Guides-seriel/CdM-Antibio1-InfectionsUrinaires-Adultes-fr.pdf>
- Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires chez l'adulte. Recommandations SPILF 2014
- Prog Urol, 2013, 23, 9, 638-646
- Prog Urol, 2006, 16, 12-18
- http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Prise_en_charge_d_un_testicule_douloureux.pdf
- Dre Martine Jolivet, présentation à des médecins de famille de Montréal, 2016
- Dr Alain Duclos, présentation aux journées de médecine familiale de l'UMF de Maisonneuve-Rosemont 2010
- Dre Katherine Moore, présentations aux résidents de pédiatrie de l'Université Laval, 2014
- Dr Bruno Laroche, Projet-référence clinique Berger
- Dr. Benatta M, Le Médecin Généraliste et les grands Symptômes en Urologie, EHU Oran, novembre 2009
- Les urgences en urologie, 2010 – 1ère édition, Guide pratique des urgences, Association française des urologues en formation
- L. Salomon, Urgences en urologie, Service d'Urologie CHU Henri Mondor
- L. Sibert, P. Lemarchand, Recommandations de prise en charge des urgences urologiques – CHU ROUEN