

Prise en charge et référence

UROLOGIE

Dre Diane Dufrêne
Dre Manon Godbout
urologues

Centre de santé et de services sociaux
Drummond



REMERCIEMENTS

Nous remercions nos confrères de la **Clinique d'urologie Berger** et du **CHUS**, de nous avoir accordé la permission de modifier et de reproduire leurs algorithmes de prise en charge en urologie afin de les adapter à la réalité de notre région.

Ainsi qu'à l'équipe de **Pfizer Canada** pour la coordination et l'impression de ce projet.

Objectifs principaux du projet

- Assurer une prise en charge optimale par le médecin de famille de certains problèmes urologiques
- Uniformiser l'investigation et l'approche thérapeutique
- Reconnaître les informations requises lors d'une référence en urologie
- Préciser les mécanismes de référence

ALGORITHMES

PRISE EN CHARGE EN UROLOGIE

Ces algorithmes ont été développés à partir de différents guides de pratique et représentent une adaptation par consensus des urologues de Drummondville.

ALGORITHMES DE PRISE EN CHARGE

- Vessie hyperactive chez la femme
- Symptômes du bas appareil urinaire relié à l'HBP (SBAU)
- Vessie hyperactive chez l'homme
- Antigène prostatique spécifique (APS) et biopsies de la prostate
- Infections urinaires symptomatiques récidivantes
- Hématurie microscopique

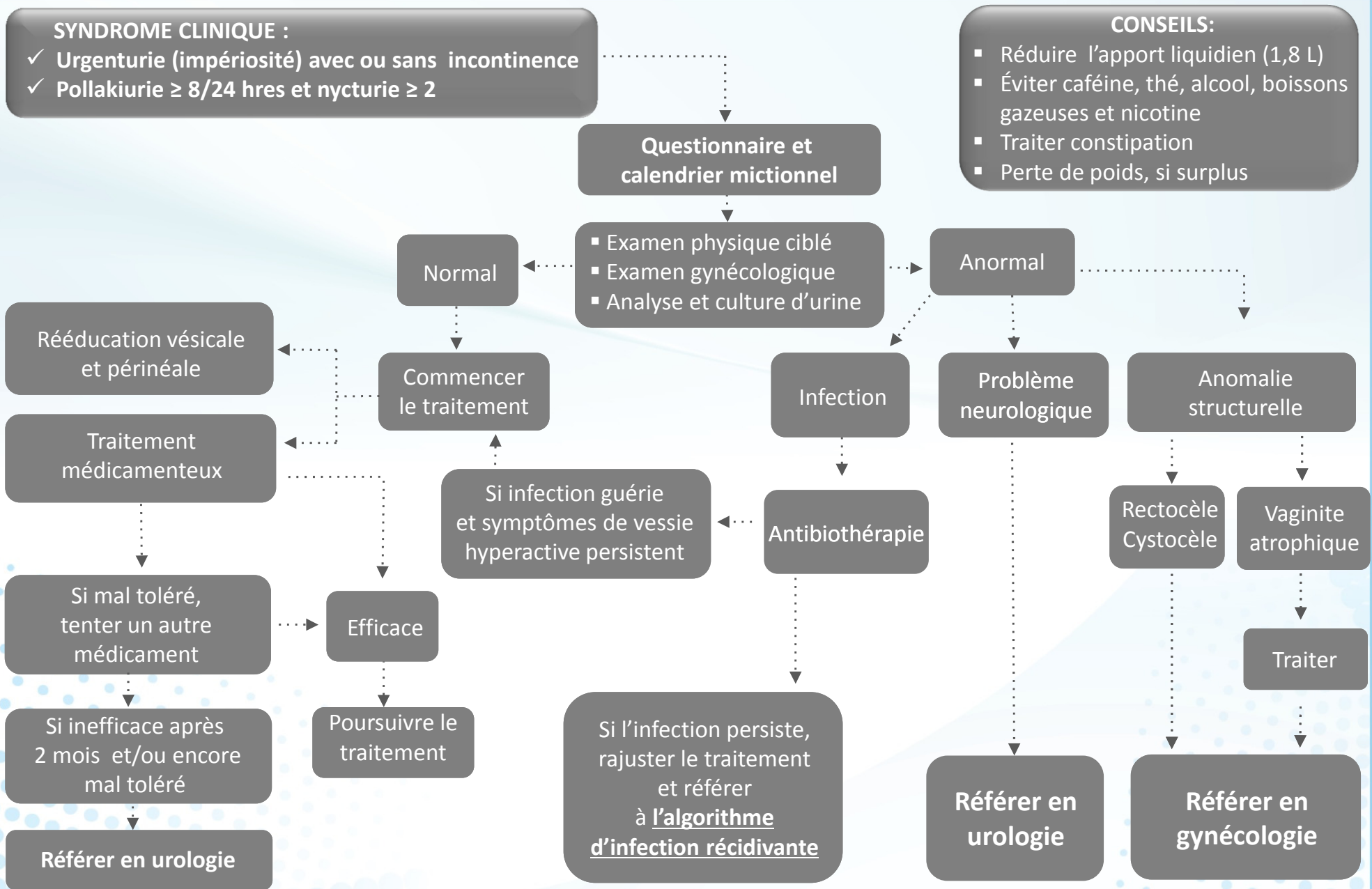
VESSIE HYPERACTIVE CHEZ LA FEMME

SYNDROME CLINIQUE :

- ✓ Urgenturie (impériosité) avec ou sans incontinence
- ✓ Pollakiurie $\geq 8/24$ hres et nycturie ≥ 2

CONSEILS:

- Réduire l'apport liquidien (1,8 L)
- Éviter caféine, thé, alcool, boissons gazeuses et nicotine
- Traiter constipation
- Perte de poids, si surplus



SYMPTÔMES DU BAS APPAREIL URINAIRE RELIÉS À L'HBP

OBLIGATOIRE :

✓ Anamnèse, examen physique ciblé
(incluant toucher rectal), analyse d'urine

RÉFÉRER si :

- rétention urinaire
- hématurie macroscopique
- infections récurrentes
- calcul vésical
- insuffisance rénale aiguë post-rénale
- tests anormaux
- absence de réponse au traitement médical

RECOMMANDÉ: cote des symptômes¹, APS

Symptômes légers,
non gênants

Symptômes modérés/graves

Gêne minime

Gêne modérée-importante

Petite prostate < 30 cc
Taux d'APS ≤ 1,5

Grosse prostate ≥ 30 cc
Taux d'APS > 1,5

Petite prostate < 30 cc
Taux d'APS ≤ 1,5

Grosse prostate ≥ 30 cc
Taux d'APS > 1,5

Surveillance

Surveillance

Surveillance et/ou
envisager un
inh. 5αR²

alphabloquant
ou référer pour
chirurgie

alphabloquant
ou inh. 5αR²
ou traitement
d'association³

Revoir à
12 mois

Revoir à
12 mois

Revoir dans
6 à 12 mois

Revoir dans
1 à 2 mois

Revoir à
6 mois
Si inefficace: référer

¹ Réf. Question 8 du questionnaire IPSS

² Inh. 5αR= inhibiteur de la 5 alpha-réductase

³ Traitement d'association: alphabloquant + inh. 5αR

ÉVALUATION DU VOLUME DE LA PROSTATE

Au toucher rectal - Évaluation du volume de la prostate

Description	Grosueur	De chaque côté de la ligne médiane :
Petite	< 30 cm ³	Au plus une largeur de doigt
Hypertrophiée	30-50 cm ³	Plus de 1 à 2 largeurs de doigt

VESSIE HYPERACTIVE CHEZ L'HOMME

Symptômes de vidange (obstructifs) :

- Difficulté à initier la miction
- Jet faible
- Sensation de vidange incomplète

(Symptômes reliés à l'HBP)

Patient traité pour ses SBAU* (Sx de vidange) mais symptômes de remplissage (irritatifs) persistants

Symptômes remplissage (irritatifs) :

- Urgenturie avec ou sans incontinence
- Pollakiurie $\geq 8/24$ hres
- Nycturie ≥ 2 /nuit

(Symptômes de vessie hyperactive)

Résidu post-mictionnel avec BladderScan®

Si résidu ≤ 100 mL :
commencer
le traitement médicamenteux

Résidu vésical à 2 mois
 ≤ 100 mL :
poursuivre le traitement
(modifier le traitement selon la
réponse du patient)

Résidu vésical à 2 mois
 > 100 mL :
référer en urologie



Référer en urologie si :

- Résidu > 100 mL
- Tx inefficace (essai min. 2 mois)
- Tx mal toléré

*SBAU: symptômes du bas appareil urinaire
Voir algorithme SBAU reliés à l'HBP

PRÉ-REQUIS POUR RÉFÉRENCE EN PRÉVISION DE BIOPSIES PROSTATIQUES

Toute valeur anormale de l'APS devrait être contrôlée avant référence

- Référence avec l'APS de contrôle et les résultats antérieurs
- Éliminer l'infection urinaire (SMU-DCA)

Toucher rectal

Suspect

Non suspect

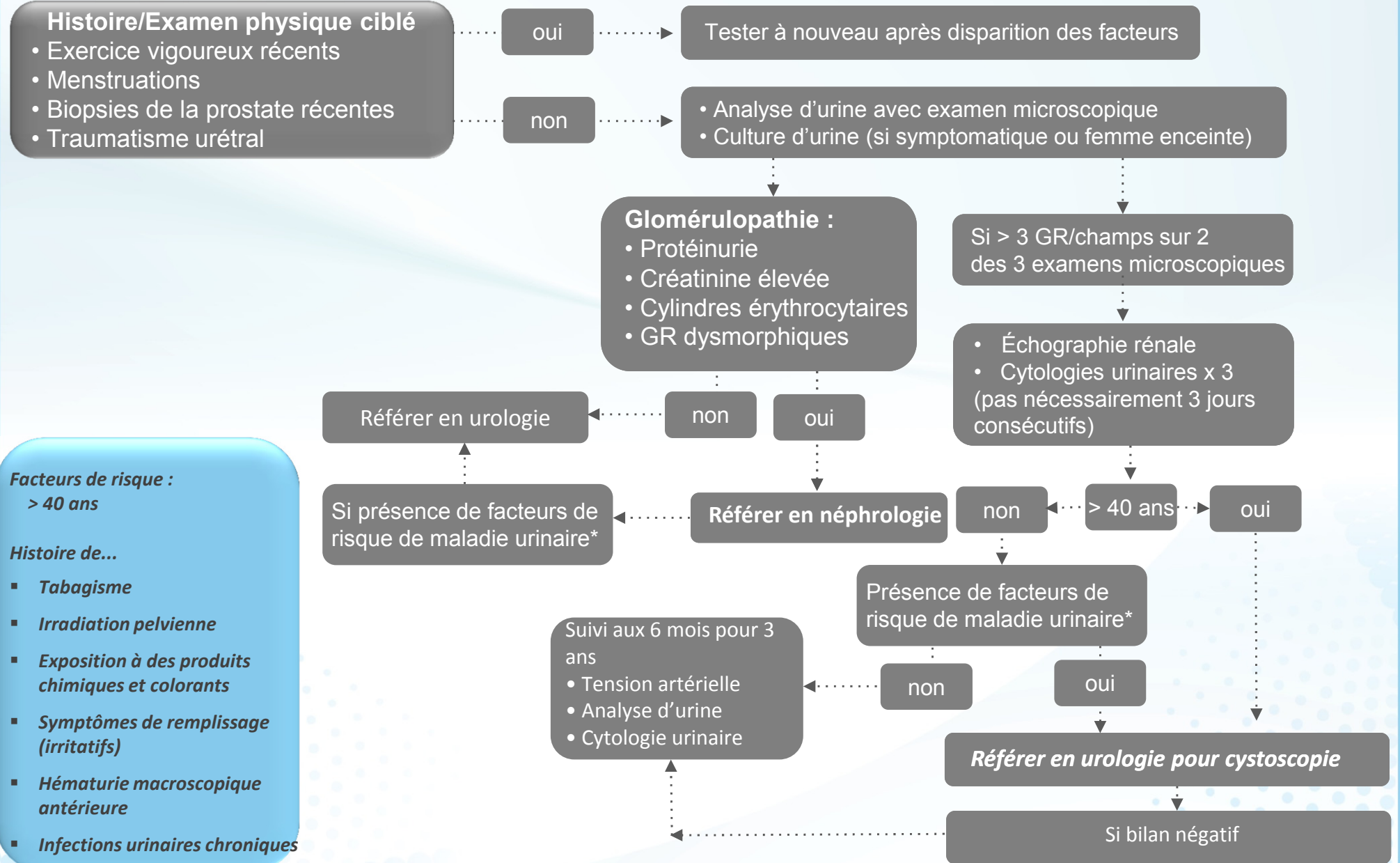
APS selon l'âge :

40-49 ans < 2,0 ug/L
50-59 ans < 3,0 ug/L
60-69 ans < 4,0 ug/L
> 70 ans < 6,0 ug/L

Référer en
urologie

- Espérance de vie > 10 ans
- APS anormal selon l'âge
- Vitesse APS $\geq 0,75$ par année
- ATCD familiaux de cancer de la prostate (père et/ou frère(s)) avec APS $\geq 2,5$

HÉMATURIE MICROSCOPIQUE CHEZ L'ADULTE



LES INFECTIONS URINAIRES SYMPTOMATIQUES RÉCIDIVANTES

(≥ que 3/année)

Homme

- Examen génital
- Toucher rectal
- SMU
- Cultures
- Écho abdo et pelvienne

1. Traitement minimal de 2 sem.

- Préférentiellement quinolone pour la pénétration prostatique
- Si réinfection rapide traiter comme une prostatite (4 à 6 semaines)

2. *Référer en urologie*

* Conseils

- Boire 1,5-2L
- Uriner fréquemment (≥4/jour)
- Éviter constipation
- Uriner après la relation sexuelle
- Vérifier si le patient a suivi le Tx rigoureusement et complètement

Bactériurie asymptomatique :
pas d'investigation
pas de traitement

EXCEPTIONS :

- la grossesse
- avant de subir une procédure urologique

Remplacement hormonal local

Infections postcoïtales*
Non Oui

Antibioprophylaxie HS long terme 6 à 12 mois, et autotraitement de 3 à 5 jours à chaque infection.

Antibioprophylaxie postcoïtale. Si échec: autotraitement de 3 à 5 jours à chaque infection.

Mesures alternatives : jus de canneberge, probiotiques en ovule

Femme

Examen des urines
(test au bâtonnet)
Culture pré-Tx et traitement

Bactérie et antibiogramme identiques

Non

Oui

Réinfections*

Rechute*

Ménopause
Oui Non

Echo abdo
Nég. Pos.

Traiter selon antibiogramme

Référer en urologie

SECTION MÉDICAMENTS

LISTE DES MÉDICAMENTS VESSIE HYPERACTIVE

Nom générique	Nom commercial	Dose initiale	Dose journalière maximale	Code RAMQ
Darifénacine	ENABLEX ^{MD}	7,5 mg DIE	15 mg	NON REMBOURSÉ
Fésotérodine	TOVIAZ ^{MD}	4 mg DIE	8 mg	GU33
Oxybutynine Oxybutynine générique	DITROPAN ^{MD}	5 mg BID à QID	20 mg	RAMQ
	DITROPAN XL ^{MD}	5-10 mg DIE	30 mg	GU32
	UROMAX ^{MD}	10-15 mg DIE	20 mg	GU32
	OXYTROL ^{MD}	1 timbre 36 mg (2x / sem)	n/a	GU32
	GELNIQUE ^{MD}	100 mg/g de gel	100 mg/g de gel	NON REMBOURSÉ
Mirabegron	MYRBETRIQ ^{MD}	25 mg DIE	50 mg	MÉDICAMENT D'EXCEPTION
Solifénacine	VESICARE ^{MD}	5 mg DIE	10 mg	GU33
Toltérodine	DETROL ^{MD}	2 mg BID (1 mg BID disponible)	4 mg	GU33
	DETROL ^{MD} LA	4 mg DIE (2 mg DIE disponible)	4 mg	
Trospium	TROSEC ^{MD}	20 mg BID	40 mg	GU33
OnabotulinumtoxinA injectable	BOTOX ^{MD}	100 UI	100UI	NON REMBOURSÉ

LISTE DES MÉDICAMENTS SBAU¹/HBP²

Nom générique	Nom commercial	Dose initiale	Dose journalière maximale	Remboursement RAMQ
ALPHABLOQUANTS				
Alfuzosine*	XATRAL ^{MD}	10 mg DIE	10 mg	RAMQ
Doxazosine Générique	CARDURA ^{MD}	1 mg, à 2mg, à 4 mg et à 8 mg DIE	8 mg	RAMQ
Silodosine*	RAPAFLO ^{MD}	8 mg et 4mg DIE	8 mg	RAMQ
Tamsulosine* Générique	FLOMAX ^{MD}	0,4 mg DIE	0,4 mg	RAMQ
INHIBITEURS DE LA 5 ALPHA-RÉDUCTASE				
Dutastéride Générique	AVODART ^{MD}	0.5 mg DIE	0.5 mg	RAMQ
Finastéride Générique	PROSCAR ^{MD}	5 mg DIE	5 mg	RAMQ
COMBINAISON DE TRAITEMENTS (Inhibiteur de la 5 Alpha-réductase et alphabloquant)				
Dutastéride à 0,5mg et chlorhydrate de tamsulosine à 0,4 mg*	JALYN ^{MD}	1 capsule DIE (0,4 mg Tamsulosine et 0,5 mg Dutastéride)	1 capsule (0,4 mg Tamsulosine et 0,5 mg Dutastéride)	NON REMBOURSÉ
Inhibiteur de la phosphodiesterase de type 5				
Inhibiteur de la phosphodiesterase de type 5	CIALIS ^{MD}	2,5 à 5 mg DIE	5 mg	NON REMBOURSÉ

*Prendre après le repas

Références : Site Internet de Santé Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mpps/index-fra.php> ; RAMQ : http://ccc-quebec.com/upload/04lie_a_lour_RAMQ_mars_2013.pdf

¹SBAU : SYMPTÔMES DU BAS APPAREIL URINAIRE, ²HBP : HYPERTROPHIE BÉNIGNE DE LA PROSTATE

Version mai 2013

LISTE DES MÉDICAMENTS POUR L'ANTIBIOPROPHYLAXIE

Antibiotiques	Continue	Post-coïtal	Auto-traitement	Remboursement RAMQ
TMP-SMX	40/200 mg HS ou 3/semaine	40/200 mg	160/800 mg BID X 7 jours	RAMQ
Nitrofurantoïne	100 mg HS	100 mg	100 mg BID X 7 jours	RAMQ
Cephalexine	250 mg HS	250 mg		RAMQ
Ciprofloxacine	125 mg HS	125 mg HS	250 mg BID X 3 jours	RAMQ
Fosfomycine	3 gr q 10 jours		3 gr X 1 dose	RAMQ

VOLET « SALLE D'URGENCE »

Prise en charge et référence **UROLOGIE**

Dre Diane Dufrêne
Dre Manon Godbout
urologues

Projet de référence en urologie volet « salle d'urgence »

Objectifs principaux du projet

- Assurer une prise en charge optimale par le médecin de l'urgence de certains problèmes urologiques
- Uniformiser l'investigation et l'approche thérapeutique
- Reconnaître les informations requises lors d'une référence en urologie
- Établir des niveaux d'accès rapide selon la gravité des cas
- Préciser les mécanismes de référence

ALGORITHMES URGENCES UROLOGIQUES

- Hématurie macroscopique
- Douleur scrotale aiguë non traumatique
- Colique néphrétique
- Rétention urinaire aiguë

HÉMATURIE MACROSCOPIQUE

Bilan de base :
FSC INR-TCA
Analyse et culture d'urine
Créatinine
Ions
Cytologie urinaire X3



Si rétention urinaire sur caillots
(sonde 20Fr 3 voies + décaillotage à la seringue + lavage vésical en continu)



Imagerie : (bien vérifier les examens récents d'imagerie)
Si évaluation récente, approche à modifier ou à adapter après discussion avec le radiologiste
TDM abdomino-pelvienne 3 phases (C- /C+/ pyéloscan)
Si allergie à l'iode ou insuffisance rénale: échographie abdominale et pelvienne



Si instable, baisse hémoglobine
significative, rétention sur caillots:
consultation en urologie



Si stable, sans rétention:
**consultation en urologie
en externe**

DOULEUR SCROTALE AIGUË NON TRAUMATIQUE

HISTOIRE L'histoire est le point clé

Considérer TORSION si :

- Douleur soudaine
- Douleur intermittente

Considérer ÉPIDIDYMITE INFECTIEUSE si :

- Douleur progressive
- Hyperthermie associée
- Symptômes d'infection urinaire
- Activités sexuelles à risque

Considérer ÉPIDIDYMITE INFLAMMATOIRE si :

- vasectomie

EXAMEN du contenu scrotal et des régions inguinales

L'examen en cas de torsion est très clair à condition d'être PRÉCOCE. Plus tardivement, les signes se rapprochent de l'épididymite et le Dx différentiel est plus difficile

Torsion du cordon spermatique

- Testicule haut situé (raccourcissement du cordon)
- Horizontalisation du testicule
- Testicule très douloureux
- Impression de « nœud » sur le cordon

Torsion de l'appendice testiculaire

- Zone douloureuse à la partie supérieure du testicule
- Testicule lui-même non douloureux
- Signe « blue dot »

Épididymite (présentation précoce)

- Épididyme oedématié, induré, douloureux
- Peau scrotale fréquemment inflammatoire

Hernie inguinale incarcerated

- Masse douloureuse dans la région inguino-scrotale
- Testicule habituellement normal

INVESTIGATION

LABO ET IMAGERIE:

- ☐ Analyse et culture d'urine ☐ FSC (leucocytose)
- ☐ Écho-doppler testiculaire : ↓ de la vascularisation si torsion du cordon; ↑ de la vascularisation si épididymite

Si évidence de torsion ou en cas de doute téléphoner à l'urologue
Si épididymite : antibiotique, AINS, repos et suivi par le médecin de famille

COLIQUE NÉPHRÉTIQUE

PREMIÈRE VISITE

Prise en charge primaire et investigation

- 1) Analgésie, anti-émétique, AINS (attention créatinine), alphabloquant, éviter la surhydratation qui augmente la douleur, surveiller la température, filtrer l'urine
- 2) Laboratoires : FSC, analyse et culture d'urine, créatinine
- 3) Imagerie : tomodensitométrie abdominale et pelvienne sans contraste (*approche à modifier ou à adapter si TDM récent*)
Pour évaluation de l'hydronéphrose: localisation et diamètre transversal du calcul

N.B. : si enfant, adulte ≤ 35 ans : échographie abdominale et pelvienne avec RX de l'abdomen, mais omettre la radio en cas de grossesse

A) Si fièvre, urine infectieuse, rein unique ou transplanté :

Consultation urgente en urologie

B) Si grossesse avec calcul urétéral :

Consultation en urologie en externe

C) Si calcul obstructif confirmé au TACO, faire RX abdomen simple afin de faciliter le suivi

D) Si douleur non-contrôlée après 24 h :

Consultation en urologie

Congé lorsque le patient est confortable

Recommandations au départ du patient :

- Insister sur le fait de filtrer l'urine jusqu'à l'expulsion du calcul
- Conserver le calcul pour analyse
- Éviter la surhydratation pendant la migration du calcul
- Prendre les comprimés contre la douleur dès que celle-ci apparaît
- Prendre l'alphabloquant à chaque jour
- Retourner à l'urgence :
 - si frissons ou fièvre à plus de $38,5^{\circ}$
 - si les douleurs ne peuvent être soulagées
- Se rendre au rendez-vous avec le médecin même si la douleur disparaît

C¹ Si calcul urétéral ≤ 5 mm de diamètre transverse : rendez-vous en médecine de famille.
Si calcul toujours présent 2 semaines suivant l'épisode (confirmé par imagerie) : référer en urologie en externe

C² Si calcul urétéral > 5 mm de diamètre transverse : référer en urologie en externe

COLIQUE NÉPHRÉTIQUE

VISITE SUBSÉQUENTE

Prise en charge primaire et investigation

- 1) Analgésie, antiémétique, AINS (attention créatinine), alphabloquant, éviter la surhydratation qui augmente la douleur, surveiller la température, filtrer l'urine
- 2) Laboratoires : FSC, analyse et culture d'urine, créatinine
- 3) Imagerie :
 - si calcul opaque à la première visite : RX abdomen (il est toujours utile de comparer la radio à une plus ancienne)
 - si calcul non-opaque : échographie abdominale et pelvienne

DÉMARCHE DÉCISIONNELLE

A) Si fièvre, urine infectieuse :

Consultation urgente en urologie

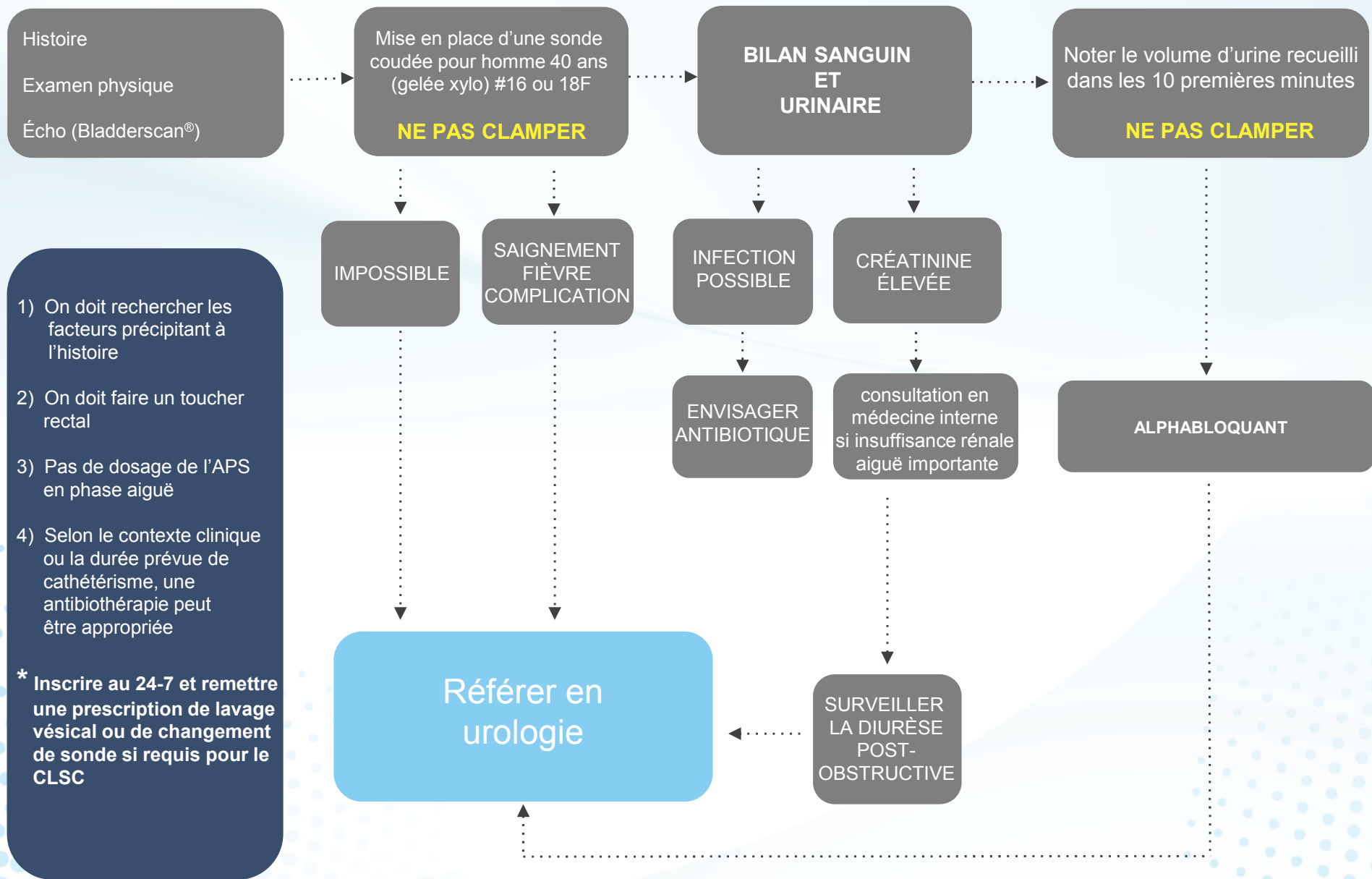
B) Si calcul toujours présent et patient confortable :

Rdv en urologie dans 1 à 2 semaines

C) Si calcul toujours présent douleur non contrôlée :

Consultation en urologie

RÉTENTION URINAIRE AIGUË



Examens suggérés

Le patient doit avoir en main une copie des résultats actuels et antérieurs en rapport avec le problème clinique ainsi que sa liste de médicaments.

EXAMENS SUGGÉRÉS AVANT LA RÉFÉRENCE EN UROLOGIE

PRIORITÉ A : Subaigu 1	1 à 3 jours	RÉFÉRER À L'URGENCE
Rétention urinaire aigue ¹		Pas d'examen nécessaire pour cette section
Hématurie macroscopique active (non infectieuse) ¹		
Colique néphrétique non soulagée ¹		
Hyperthermie d'origine urinaire		
Douleur scrotale aigue non traumatique ¹		
PRIORITÉ B : Subaigu 2	3 à 10 jours	
Masse testiculaire suspecte de néoplasie		Échographie scrotale (moins 2 semaines)
Épisodes d'hématurie macroscopique intermittente		FSC, A/C urine, créatinine, cytologies urinaires, TDM 3 phases
PRIORITÉ C : Semi-urgent	10 à 28 jours	RÉFÉRER AVEC LES RÉSULTATS (téléc.)
Calcul urétéral ¹		
Masse rénale suspecte		Créatinine TDM C- et C+, Rapport d'écho rénale Analyse d'urine
Masse vésicale suspecte		Rapport d'écho abdomino-pelvienne Analyse d'urine, cytologie urinaire
APS élevé ou TR suspect*		Voir algorithme, éliminer infection avec SMU-DCA Tests de confirmation si APS est élevé Contrôle et TOUS les APS antérieurs
PRIORITÉ D : Électif	plus de 28 jours	EFFECTUER DÉMARCHE INDIQUÉE ALGO*
Hématurie microscopique* (degré priorité établi par uro)		Voir algorithme d'hématurie microscopique Référence par télécopie avec tous les résultats
Symptômes du bas appareil urinaire (SBAU)*		Voir algorithme des SBAU
Échec de traitement HBP		Voir algorithme des SBAU
Vessie hyperactive*		Voir algorithme de vessie hyperactive
Incontinence d'effort		Analyse d'urine
Incontinence mixte		Analyse et culture d'urine
Cystite interstitielle		Calendrier mictionnel Analyse et culture d'urine, cytologie si tabagisme
Lithiase rénale asymptomatique		Rapports d'imagerie, analyse d'urine
Infections urinaires récidivantes*		Voir algorithme d'infection urinaire
Vasectomie / Vasovasostomie		Aucun
Dysfonction érectile		Antécédents médicaux et chirurgicaux, Tx tentés
Douleur urétrale et pelvienne		Analyse et culture d'urine Recherche ITS pour douleur urétrale Écho pelvienne pour douleur pelvienne
Peyronie		Aucun
Masses scrotales non suspectes de malignité : hydrocèle, varicocèle, spermatocele		Écho scrotale
Prostatite		Analyse et culture d'urine (tests d'urine antérieurs)
Hémospémie		Analyse d'urine, APS après 40 ans

¹ Mds d'urgence, consulter l'algorithme avant de référer en urologie

*Toujours consulter l'algorithme avant de référence en urologie

Rappels importants...

- Effectuer la démarche proposée dans les algorithmes avant la référence;
- S'assurer d'avoir en main les résultats avant la référence;
- Ne faire parvenir qu'une seule demande, à un seul endroit;
- Référence avec mention « Cas discuté » indiquer de QUI à QUI;
- Toutes les références sont envoyées à la clinique externe de l'hôpital;
- Le nom du médecin référent doit se retrouver sur la requête.

QUESTIONS

Centre de santé et de services sociaux
Drummond

 **Engagés**
dans votre mieux-être