

Carte blanche en urologie!

Maryse Marceau-Grimard
Urologue au CSSSCA secteur Thetford
5 octobre 2022

Objectifs

- * Être à l'aise avec la prise en charge des kystes rénaux
- * Comprendre le degrés d'urgence des références des masses rénales vers l'urologie
- * Comprendre l'investigation de l'hématurie et ses implications cliniques
- * Être à l'aise à reconnaître certaines pathologies du prépuce

Plan

- * Kystes rénaux
- * Masses rénales
- * Hématurie
- * “Prépuçologie”

Dans le CRDS

Raison de consultation		Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs	
Lithiase	<input type="checkbox"/> Calcul urétéral (Prérequis : A/C urine, créatinine, RX abdominal, TDM C – demandé)	C	Suspicion de malignité
	<input type="checkbox"/> Calcul rénal ou vésical asymptomatique (Prérequis : A/C urine, créatinine, RX abdominal, TDM C – demandé)	D	
Infection	<input type="checkbox"/> Infection urinaire chez l'homme (Prérequis : écho rénale et pelvienne demandée, A/C urine)	D	
	<input type="checkbox"/> Infections urinaires basses récidivantes chez la femme (+ de 4 par année) (Prérequis : A/C urine)	E	
Dysfonction sexuelle	<input type="checkbox"/> Dysfonction érectile avec échec au traitement médical (Prérequis : testostérone, glycémie, lipides, HbA1c)	E	
	<input type="checkbox"/> Maladie de La Peyronie	E	<input type="checkbox"/> Masse vésic
	<input type="checkbox"/> Hémospémie récidivante avec examen prostatique	E	<input type="checkbox"/> Masse rénal (Prérequis : c A/C urine, cyt
			<input type="checkbox"/> Masse scrot hydrocèle, v (Prérequis : é
			<input type="checkbox"/> Hydronéphr (Prérequis : é

Kystes rénaux

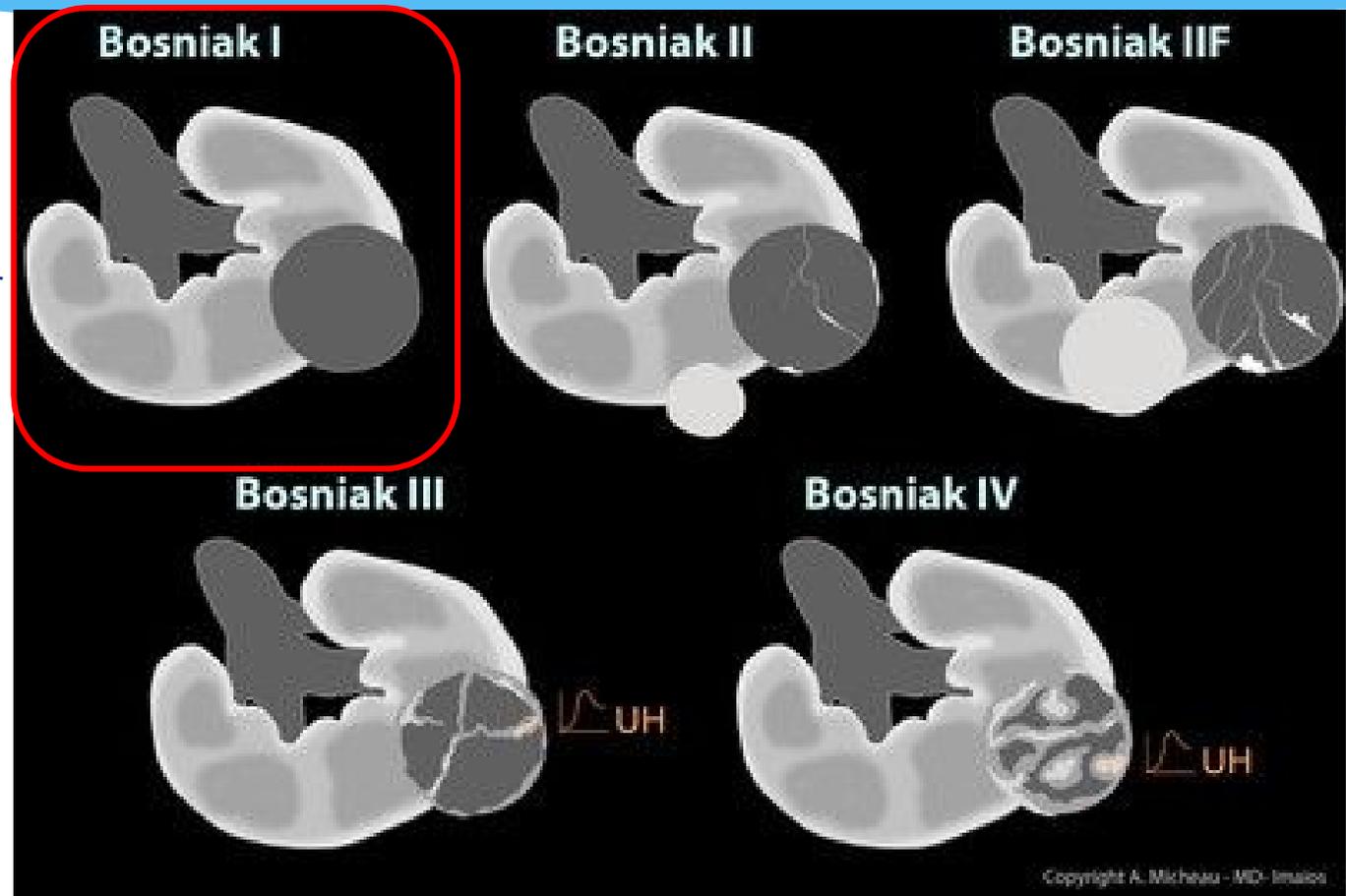
Kystes rénaux

- * Classification de bosniak
 - * Au départ seulement au tdm
 - * Maintenant ok echo, IRM

Kystes rénaux: Classification de Bosniak

Bosniak I

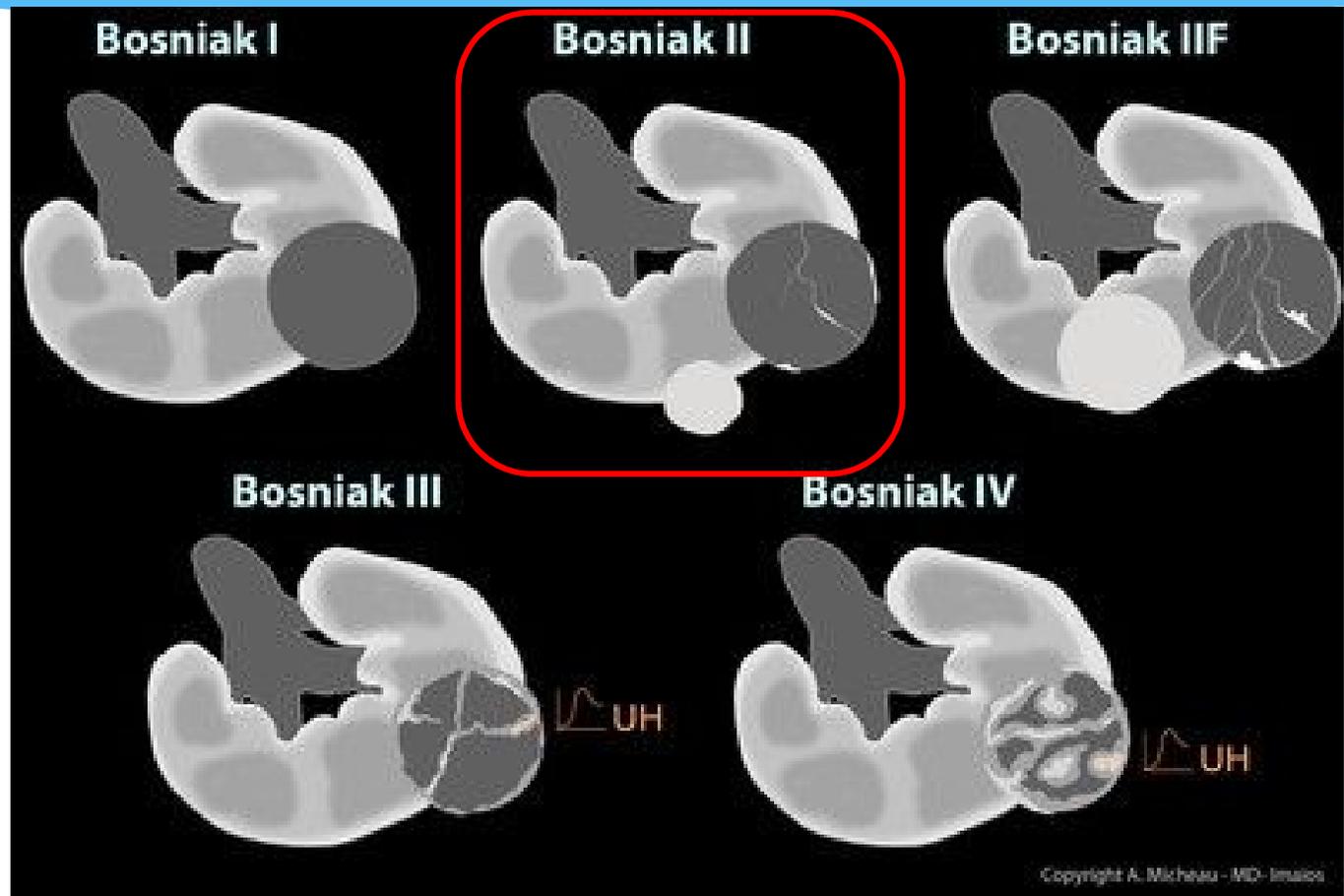
- * Habituellement rond ou ovale
- * Anéchoïque avec rehaussement postérieur à l'échographie
- * Contour régulier et interface claire avec le parenchyme rénal
- * Aucune cloison ni calcification, aucun rehaussement
- * **Risque de cancer: 0%**
- * **Aucun suivi nécessaire**



Kystes rénaux: Classification de Bosniak

Bosniak II

- * Cloisons fines (< 1 mm)
- * Légères calcifications (souvent petites, linéaires, pariétales ou septales)
- * Petit kyste hyperdense (< 3 cm; > 20 UH)
- * **Risque de cancer:**
moins de 5%
- * **Aucun suivi nécessaire**

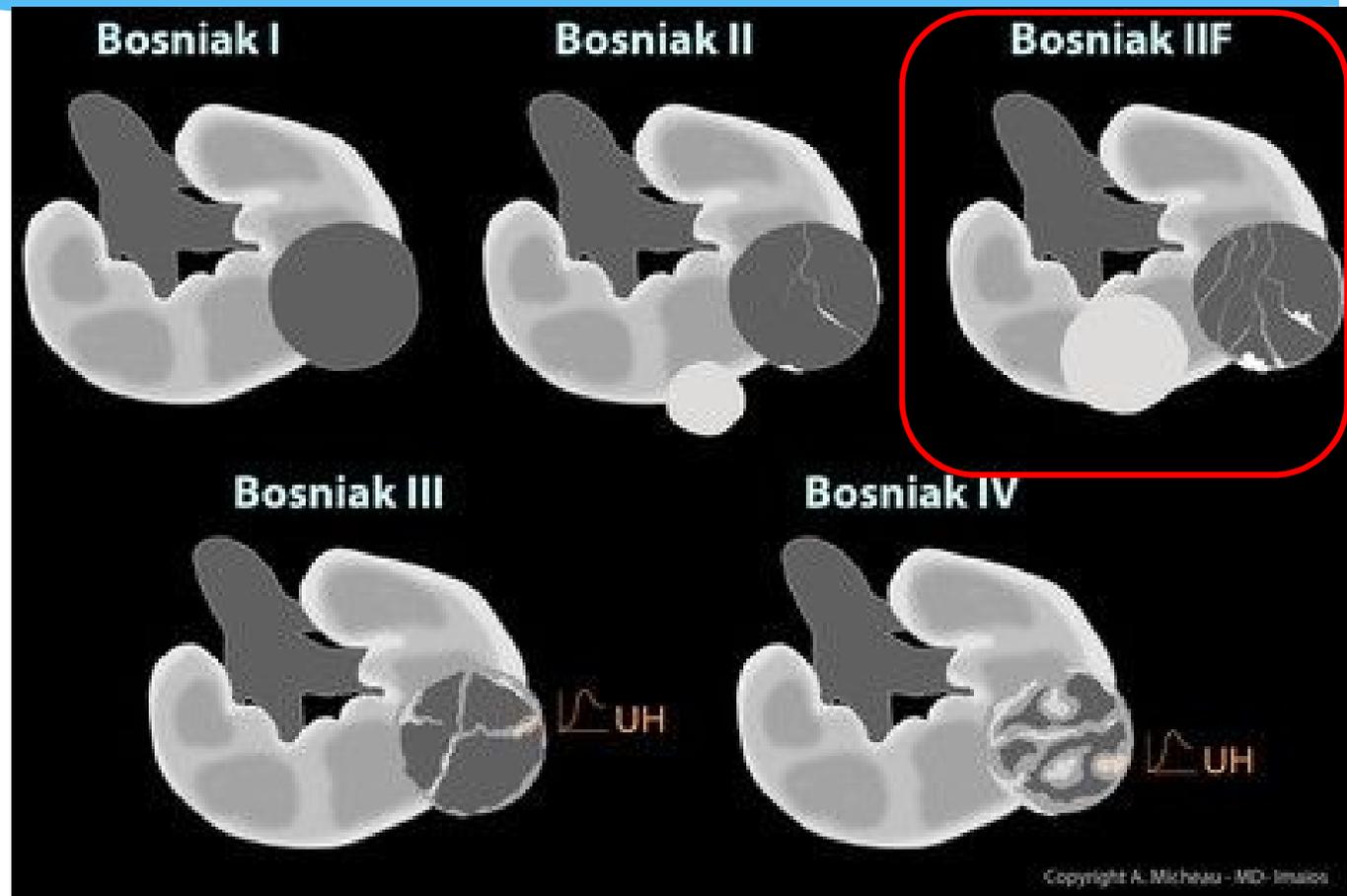


Kystes rénaux: Classification de Bosniak

Bosniak IIF

- * Ambiguïté entre un kyste de catégorie II ou III
- * Multiples cloisons fines ou légèrement épaissies, mais lisses
- * Calcifications – épaisses ou nodulaires
- * Aucun rehaussement perçu avec le contraste
- * Kyste hyperdense de grande taille (≥ 3 cm)
- * **Risque de cancer: 8%**
- * **Suivi recommandé**

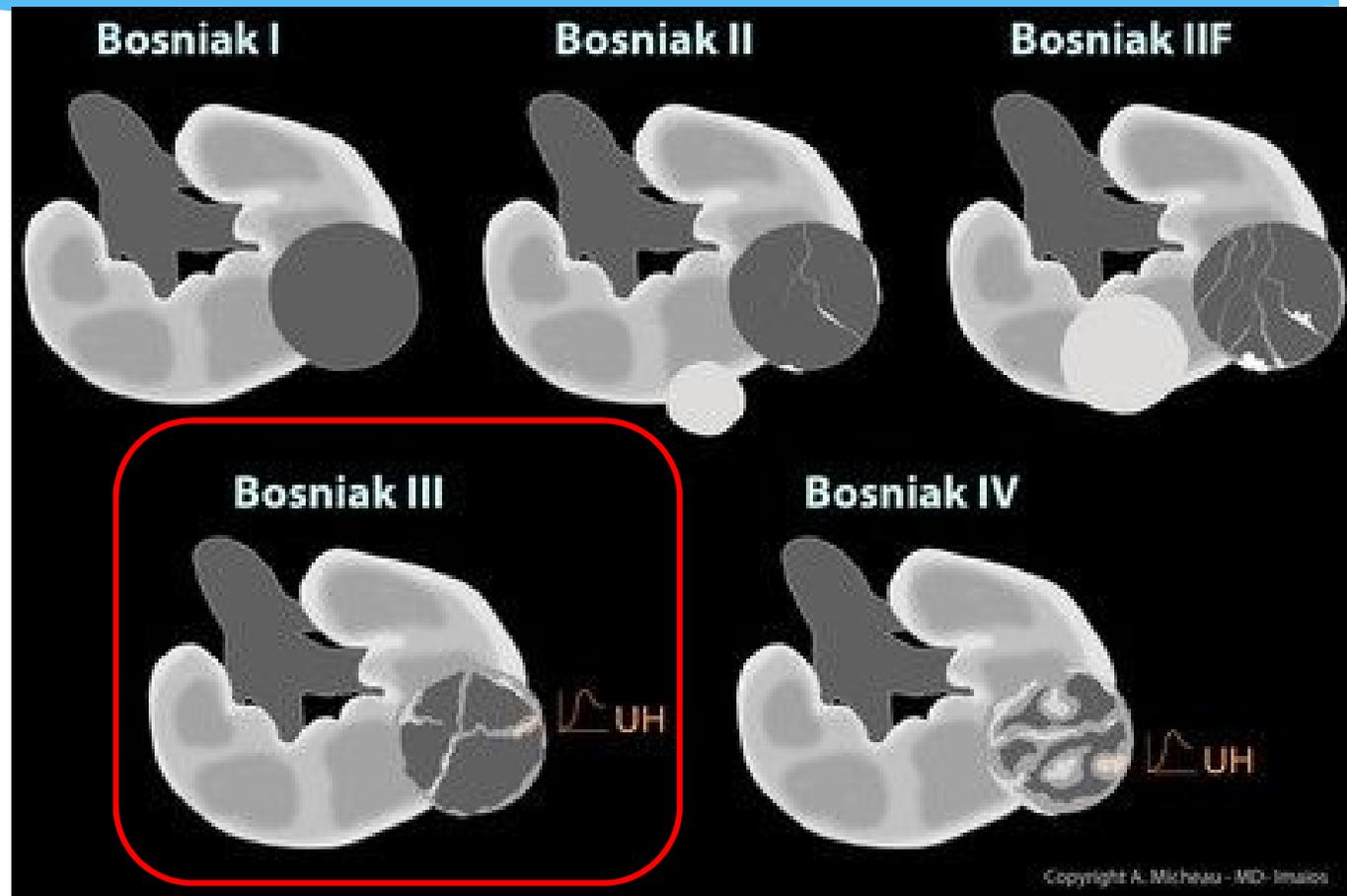
Épreuves d'imagerie 6 mois et 12 mois après le diagnostic puis une fois par année pendant au moins 5 ans en l'absence de progression



Kystes rénaux: Classification de Bosniak

Bosniak III

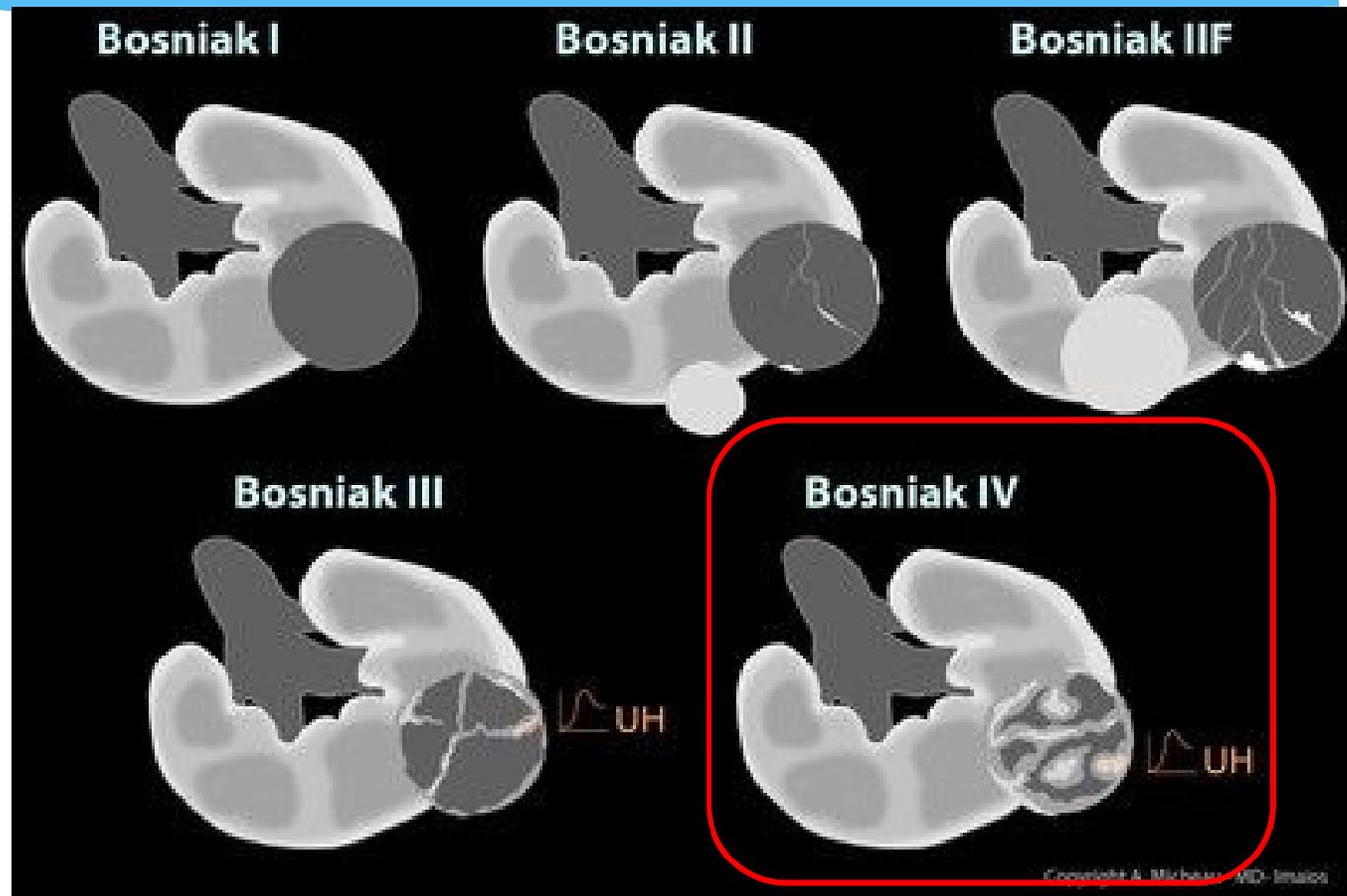
- * Parois épaissies uniformes et/ou nodularité
- * Cloisons irrégulières, épaissies et/ou calcifiées
- * **Risque de cancer: 54%**
- * **Excision chirurgicale suggérée**
- * Prise en charge conservatrice et ablation par radiofréquence dans certains cas précis



Kystes rénaux: Classification de Bosniak

Bosniak IV

- * Parois épaissies
- * Cloisons épaissies, irrégulières et nodulaires
- * Composante solide rehaussée par contraste, indépendante des cloisons
- * **Cancer jusqu'à preuve du contraire (90%)**
- * **Excision chirurgicale suggérée**
- * Rôle potentiel d'une biopsie de tumeur rénale (de la composante solide) avant le traitement pour confirmer la nature cancéreuse
- * Ablation par radiofréquence et prise en charge conservatrice dans certains cas précis



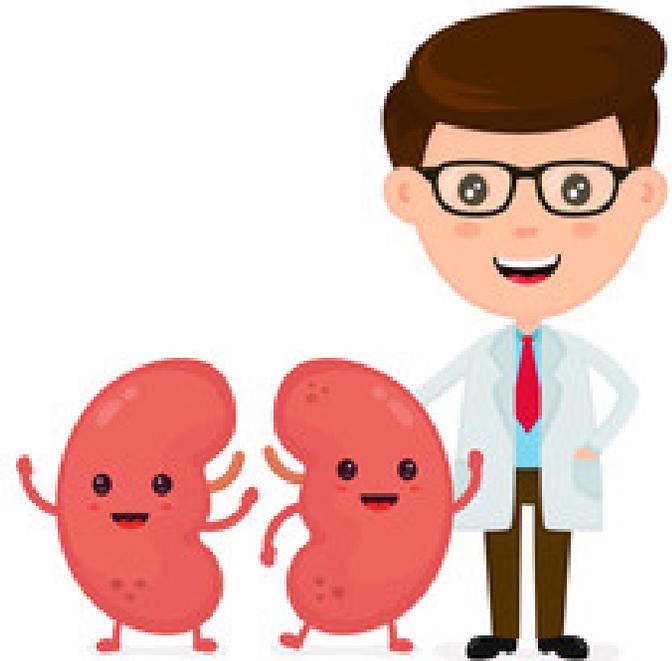
Kystes rénaux: À retenir

Classification Bosniak	Risque de cancer	Conduite
Type I	Négligeable	On l'oublie
Type II	Moins de 5 %	On l'oublie
Type II F	8%	- Épreuves d'imagerie 6 mois et 12 mois après le diagnostic puis une fois par année pendant au moins 5 ans en l'absence de progression - Si progression ou doute, référer en urologie
Type III	50%	Référer en urologie
Type IV	90%	Référer en urologie

Kystes rénaux: Des questions?

Notions supplémentaires:

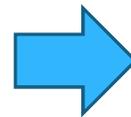
- Un kyste rénal, ça fait très rarement mal.
- Même si c'est très gros, c'est la « complexité » qui est importante



Masses rénales

Masse rénale historique

- * Passe de la tumeur de l'interniste...
- * Vers la tumeur du radiologiste!



Masses rénales

- * Codification CRDS adéquate
- * Appels fréquents sur la garde en urologie
- * Quand nous appeler:
 - * Thrombus de la veine rénale
 - * Métastases
 - * Masses TRÈS volumineuses
 - * Masses TRÈS symptomatiques

Statistiques des masses rénales

- * 10-30% sont bénignes
- * Le cancer du rein représente 3% de tous les cancers, 7^{ème} cancer le plus commun, 11^{ème} cause de décès par cancer chez l'homme
- * Les cancer grossissent de 0,1 à 0,25 cm par an
- * Moins de 2% des cas avec métastases au diagnostic
- * 7500 cas de diagnostics nouveaux estimés au Canada en 2020
- * Facteur de risque: tabac, obésité, hypertension, maladie polykystique rénale

Imagerie

- * Échographie
 - * Taille, forme, position
- * TDM
 - * Taille, forme, rehaussement, position
- * IRM
 - * Taille, forme, rehaussement, position
- * Scintigraphie rénale
 - * Fonction différentielle des reins
- * TEP Scan
 - * Rarement utile, lésion souvent peu active

Aucun imagerie ne peut donner une histologie!

Prise en charge masse rénale

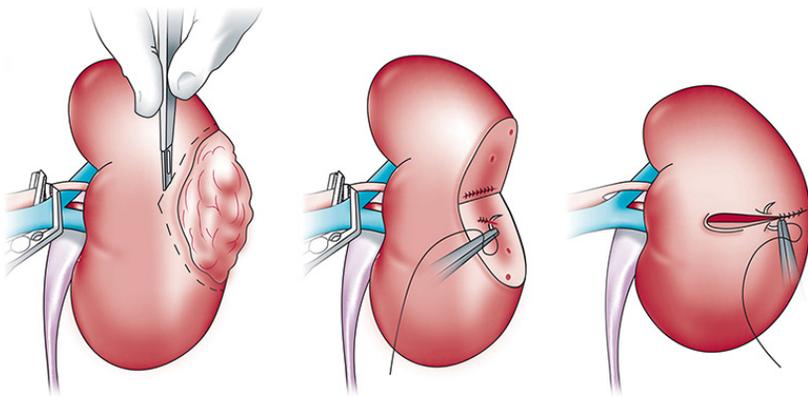
Masses rénales		
Moins de 2 cm	Surveillance active	Imagerie via echo pour taille, si progresse tdm ou IRM
2 à 4 cm	Surveillance active Chirurgie Ablation	À discuter avec le patient
Plus de 4 cm	Chirurgie	Si patient médicalement apte
Métastatique	Traitement systémique +/- chirurgie	Beaucoup de développements récents

Surveillance active

- * Surveillance par imagerie
 - * Q 3 à 6 mois X 1 an puis q 6 à 12 mois annuellement
 - * À poursuivre tant que tx à visée curative envisageable
 - * Echo suffisante: on veut savoir la taille de la lésion
 - * Si progression: TDM ou IRM pour confirmer

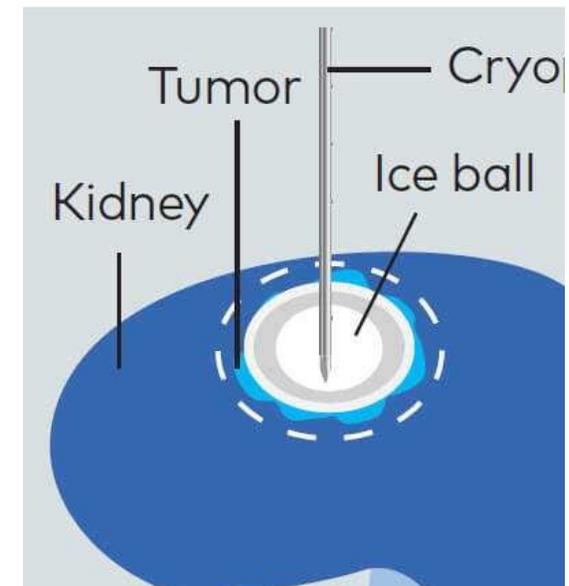
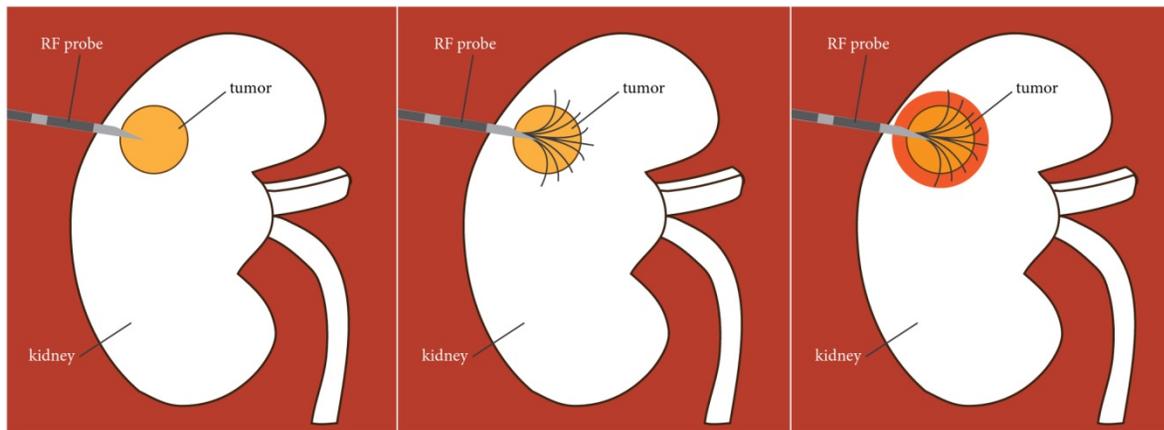
Chirurgie

- * Néphrectomie partielle si possible, sinon radicale
- * Minimalement invasive (laparoscopique ou robot) si possible
- * Il faut sortir le morceau par quelque part!



Ablation

- * Radiofréquence ou cryoablation
- * Données ad 3cm
- * Extrapollation pour 3 à 4 cm
- * Données de récurrence et retraitement à discuter avec le patient
- * Biopsies rénales à faire



Traitements systémiques

- * Chimiothérapie
- * Immunothérapie

Watchfull waiting

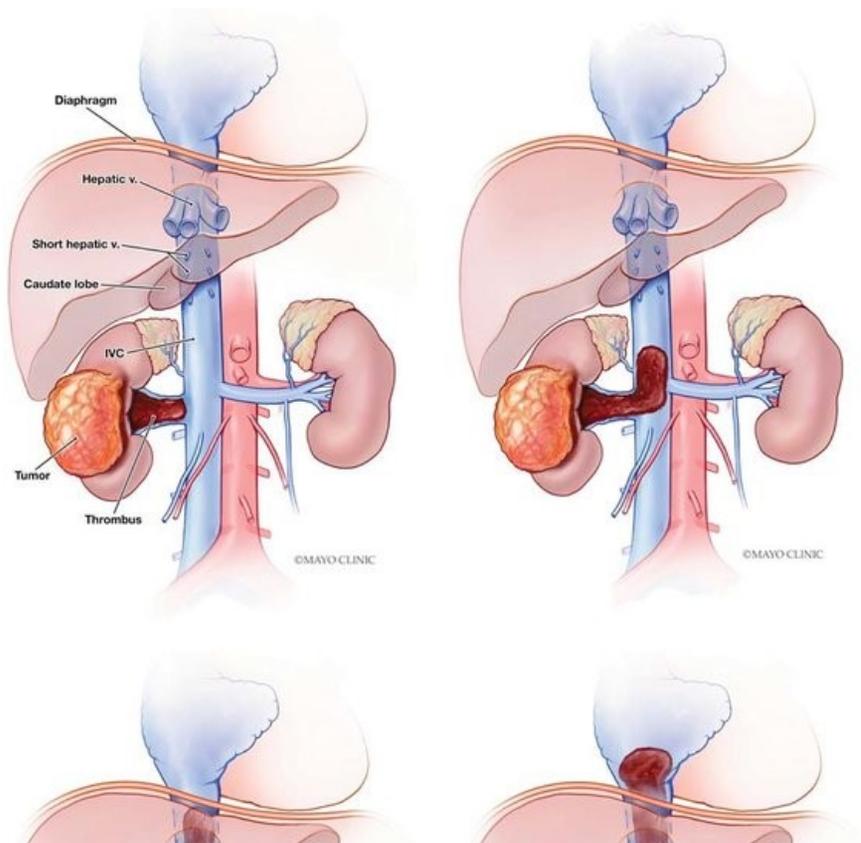
- * On sait que c'est là
- * On n'investigue pas
- * On n'intervient pas
- * Mais si symptômes:
 - * On débute une prise en charge pour traiter les symptômes pour viser une qualité de vie.

Rôles de la biopsie rénale

- * Quand ça change la conduite
- * Si traitement d'ablation
- * Pas d'essaimage (si lésion urothéliale, risque à considérer)
- * Si autre néo qui pourrait donner des métastases au rein
- * Ne pas en faire si angiomyolipome (AML) à l'imagerie

Thrombus de la veine rénale

- * Excellente raison de nous appeler pour prise en charge rapide
- * Anticoagulation à discuter avant de la débiter; ne pas oublier que le thrombus c'est du cancer, pas un caillot!



Suivi après traitement à visée curative

- * Laboratoire (incluant pour fonction rénale)
 - * +/- référence en médecine interne ou néphrologie si DFGE moins de 45
- * Imagerie abdominale
 - * Moins de 2% de récurrence ou lésion à l'autre rein
 - * Si ablation, la lésion peut garder la même taille que la lésion initiale
- * Imagerie thorax
- * Récurrence peut arriver des années plus tard à des sites surprenants!

Suivi après traitement à visée curative

Table 1. Followup post-surgical resection

Months postop	3	6	12	18	24
Low-risk (pT1)					
Hx & PE			x		x
Blood test			x		x
CXR			x		x
Abdominal CT/MRI/US					x
Intermediate-risk (pT2)					
Hx & PE		x	x	x	x
Blood test		x	x	x	x
CXR or Chest CT		x	x	x	x
Abdominal CT/MRI/US			x		x
High-risk (pT3-4)*					
Hx & PE		x	x	x	x
Blood test		x	x	x	x
CXR or Chest CT		x	x	x	x
Abdominal CT/MRI		x	x	x	x

Dépistage génétique

Tableau 1. Critères d'aiguillage vers un test génétique

Tumeur rénale ET un des éléments suivants

- a. Tumeurs bilatérales ou multifocales
- b. Âge précoce de l'apparition de la maladie
- c. Parent de 1er ou 2e degré avec une tumeur
- d. Antécédents de pneumothorax, de lymphome ou de troubles convulsifs durant l'enfance*
- e. Présence de léiomyomes cutanés ou de fibromes trichodisomes*
- f. Tumeurs concomitantes* : Phéochromocytome, paragangliome, hémangioblastome (rétine, cerveaulet ou moelle épinière), apparition précoce de fibroadénomes utérins multiples

* Antécédents personnels ou présence chez un parent de 1er degré

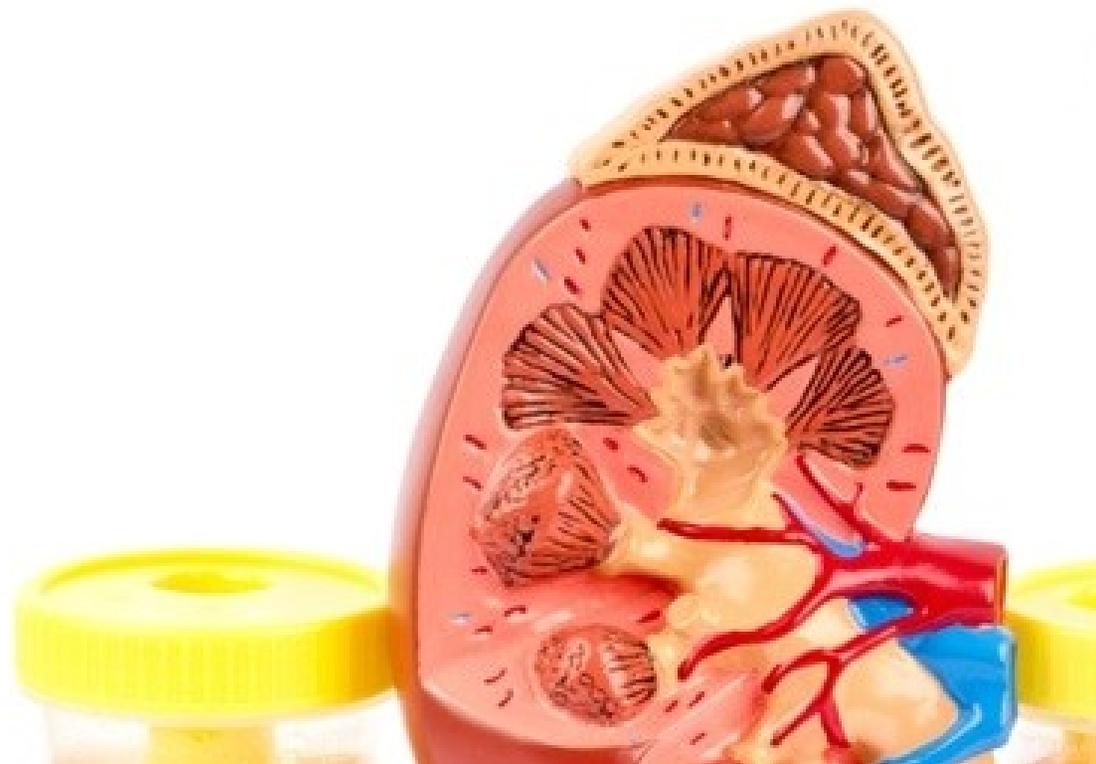
Masse vs kyste

- * Proportion de “chair” cancéreuse différente entre kyste et masse
- * Études sur les kystes moins avancées que pour les masses rénales

Résumé masses rénales

- * Ne pas paniquer!
- * Réassurance et prise en charge en temps opportun
- * S'attendre à ce que ce soit de plus en plus fréquent vu imagerie plus commune

Hématurie



Hématurie

- * Guide de pratique canadien en révision (dernière révision date de 2009)
- * Guide de pratique américain 2020 (avant 2013)

Hématurie macroscopique

- * Investigation pour tous!
 - * Sauf si infection: recontrôle smu
- * Même si juste 1 fois et auto résolutif!
 - * Mon plus jeune avec cancer: 25 ans
 - * Ici à Thetford: 27 et 32 ans
 - * Sténose de l'urètre chez 2 adolescents

Hématurie macroscopique

- * 3 choses à faire:

- 1- Cystologies urinaires X 3

- 2- Imagerie de l'arbre urinaire supérieur

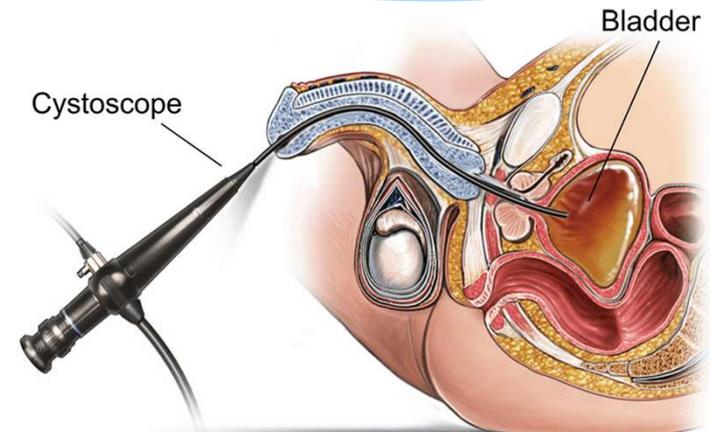
- * De préférence TDM 3 phases

- * IRM avec contraste si possible

- * Sinon, TDM sans contraste avec pyélographie rétrograde

- 3- Imagerie arbre urinaire inférieur sous forme de cystoscopie

- * Les imageries en radiologie ne sont pas suffisantes!!!



Hématurie macroscopique

- * Ces patients sont souvent vus directement en endoscopie lorsque les cytologies et l'imagerie sont faites.

Hématurie microscopique

- * Position plus nuancée!
- * Définition:
 - * 3 ou plus globules rouges par champ à la microscopie des urines sur 2 examens
 - * Pas d'exercice, de menstruation, d'activité sexuelle ou d'instrumentation récente
 - * Ne pas oublier de recontrôler quand ces éléments sont corrigés
 - * Pas de diagnostic au bâtonnet

Hématurie microscopique

Causes néphrologiques à investiguer si:

- * Protéinurie
- * Cylindres de globules rouges
- * Globules rouges dysmorphiques
- * Créatinine élevée

Attention!

N'exclut pas une cause urologique concomitante

Hématurie microscopique

Guide CUA

- * Imagerie
 - * Échographie au minimum
 - * CT si facteurs ou suspicion particulière
- * Cytologie urinaire
- * Cystoscopie
 - * Si plus de 40 ans
 - * Si moins de 40 ans et facteurs de risque

Guide AUA

- * Classification en niveau de risque et investigation selon le risque
- * Moins de cytologies urinaires

Guide AUA

Table 4: AUA Microhematuria Risk Stratification System

Low (patient meets all criteria)	Intermediate (patients meets any one of these crit
<ul style="list-style-type: none">• Women age <50 years; Men age <40 years• Never smoker or <10 pack years• 3-10 RBC/HPF on a single	<ul style="list-style-type: none">• Women age 50-59 years; Men age 40-59 years• 10-30 pack years• 11-25 RBC/HPF on a single urinalysis

Guide CUA

- * Facteur de risque pour les moins de 40 ans
 - * Histoire de tabagisme
 - * Exposition aux produits chimiques (benzene, amine aromatique, etc.)
 - * Histoire de symptômes urinaires irritatifs
 - * Histoire d'irradiation pelvienne
 - * Exposition au cyclophosphamide
 - * Abus d'analgésique avec le phenacetin

Hématurie

- * Pt anticoagulé ou avec antiplaquettaires
 - * Investigués de la même façon que les autres!

Après investigation négative

- * Pas de recommandation claire pour hématurie macroscopique...
- * Pour microscopique
 - * Avec médecin de famille: à 6, 12, 24 et 36 mois
 - * SMU
 - * Tension artérielle
 - * Cytologie urinaire
 - * Recherche hématurie macroscopique et symptômes irritatifs

Hématurie

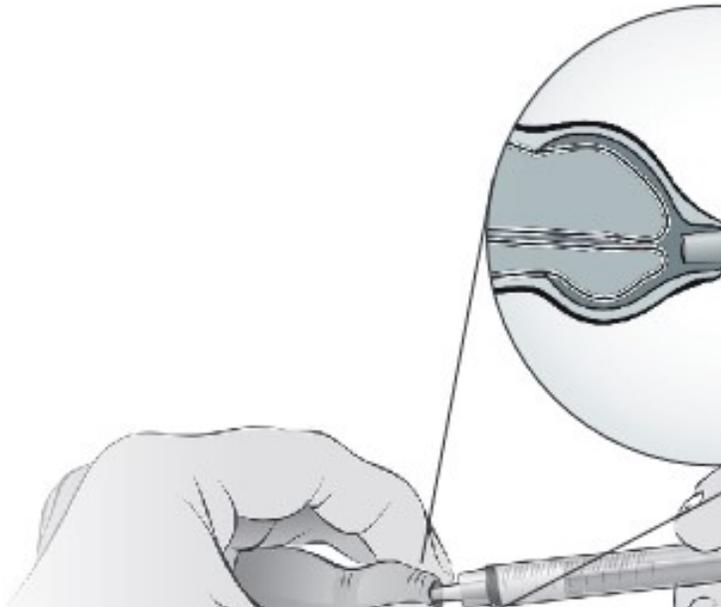
Plusieurs pathologies possibles

- * Cancer de la vessie
- * Cancer du rein
- * Cancer de l'uretère
- * Lithiase urinaire
- * Hyperplasie bénigne de la prostate
- * Sténose
- * Endométriose
- * Etc.

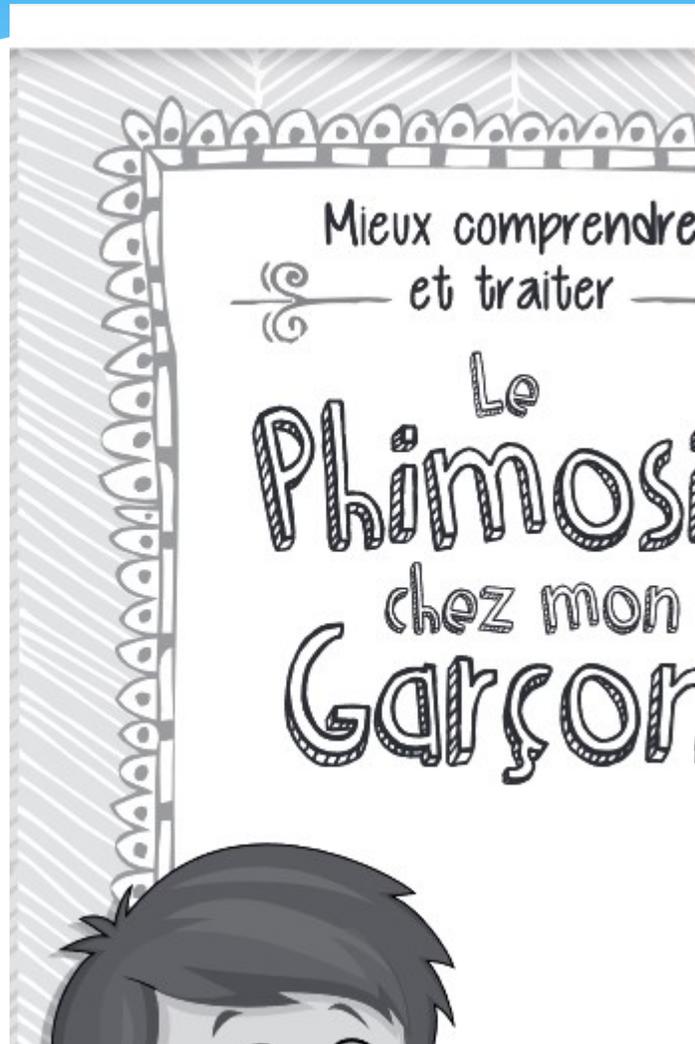
“Prépuçologie”

Phimosis

- * Crème de cortisone à la seringue
 - * Aristocort R crème 0,5 ml bid 1 mois, puis pause



Phimosis



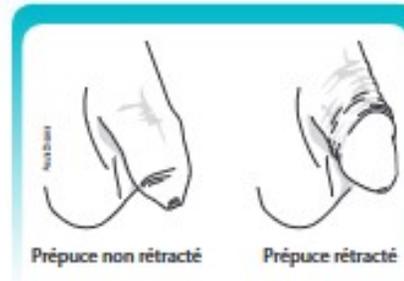
Soin du prépuce chez le

Le prépuce est l'enveloppe de peau mince qui recouvre et protège le gland du pénis.

Le prépuce est la mince couche de peau qui recouvre normalement le gland du pénis. La face interne du prépuce est en continuité avec la muqueuse à la base du gland et comporte une petite membrane (le frein) située juste en-dessous de l'ouverture du canal urinaire (méat urétral). Sa fonction et son développement naturels doivent être compris pour en assurer les soins appropriés.

incapables de rétracter le prépuce à l'âge de 3 ans.

La circoncision est une intervention chirurgicale qui consiste à retirer le prépuce. Certains parents choisissent de circoncire leur fils pour des raisons religieuses ou culturelles. Chez d'autres, ce sont des problèmes médicaux qui justifient cette intervention. Les parents doivent discuter avec leur médecin de famille ou un urologue des avantages et des inconvénients de cette chirurgie.



Soins du prépuce

Le pénis non circoncis nécessite des soins particuliers. Il doit être nettoyé quotidiennement à l'aide d'eau savonneuse. Il ne faut pas forcer le prépuce à se rétracter. Au moment du nettoyage, votre fils doit rétracter le prépuce doucement et le gland à l'air libre. Rincez le gland à l'eau abondamment et essuyez-le avec une serviette propre.

Le prépuce protège le gland et le méat urétral chez le bébé qui porte des couches, prévenant ainsi les infections du méat urétral. Chez les garçons et les adolescents, le prépuce peut parfois causer des problèmes de santé.

Paraphimosis

- * Réduction manuelle
 - * Faire une pression manuellement
 - * Avec ou sans bloc pénien
 - * Incision de l'anneau au besoin
- * Si non réduit, c'est une urgence urologique!
- * Si réduit, référer en urologie en externe pour discuter de circoncision

Lichen scléreux

- * Crème de cortisone
- * Circoncision
- * Suivi car lésion précancéreuse

Balanite de Zoon (ou plasmocytaire)

- * Image miroir entre le prépuce et le gland
- * Zone érythémateuse reluisante (si mâle, c'est suspect...)

Fracture du pénis

“Crac, ouch, mou”

Si grosse
ouverture des corps
caverneux,
fermeture des
corps caverneux si
fenêtre de 24-48h

En résumé

- * Kyste et masse rénaux: pas de panique, on prend le temps d'investiguer et d'agir de façon appropriée
- * Hématurie: on investigate!
- * Prépuce: plein d'images pour vos réflexions...

Période de questions



Guides de pratiques

- * <https://www.cua.org/fr/guidelines>
- * <https://www.auanet.org/guidelines-and-quality/guidelines>

Médiagraphie

- * <https://consultqd.clevelandclinic.org/follow-up-care-for-renal-mass-patients-requires-attention-to-both-kidney-function-and-cancer-recurrence/>
- * <https://consultqd.clevelandclinic.org/follow-up-care-for-renal-mass-patients-requires-attention-to-both-kidney-function-and-cancer-recurrence/>
- * <https://patient.varian.com/en/treatments/interventional-solutions/renal-cryoablation>
- * https://www.researchgate.net/figure/Proposed-tumor-thrombus-levels-A-Level-0-thrombus-within-the-renal-vein-B-Level-1_fig1_341260822

Médiagraphie

- * <https://www.news-medical.net/health/Types-of-Hematuria.aspx>
- * <https://www.healthdirect.gov.au/surgery/flexible-cystoscopy-male>
- * <https://www.ebmfrance.net/fr/Pages/ebm/ebm00252.aspx>