



# PRISE EN CHARGE ET RÉFÉRENCE EN UROLOGIE PÉDIATRIQUE

Cette initiative a été rendue possible grâce à un partenariat en matière de santé entre les urologues de la Clinique d'urologie Berger et Pfizer Canada inc.

- Katherine Moore, MD, FRCSC
- Stéphane Bolduc, MD, FRCSC

## Objectifs principaux

- Assurer une prise en charge optimale par le médecin de famille ou le pédiatre, de certains problèmes urologiques pédiatriques.
- Uniformiser l'investigation et l'approche thérapeutique;
- Reconnaître les informations requises lors d'une référence en urologie pédiatrique.

# Situation auprès des médecins

## Situation auprès des médecins de famille:

- Délais et difficultés d'accès aux consultations médicales spécialisées;
- Manque d'informations à la suite des consultations réalisées par les médecins spécialistes.

## Situation auprès des médecins spécialistes:

- Les demandes de consultation ne sont pas uniformes ou sont incomplètes;
- Les usagers se présentent en consultation, sans que l'ensemble des examens préalables soit réalisés; et
- Les usagers n'ont pas toujours en main une copie de leur dossier, examen et liste de médicaments.

# ALGORITHMES UROLOGIE PÉDIATRIQUE

Ces algorithmes ont été développés à partir de différents guides de pratique et représentent une adaptation par consensus des urologues-pédiatres de la Clinique d'urologie Berger.

# ALGORITHMES DE PRISE EN CHARGE

- Cryptorchidie ..... p. 7
- Hydronéphrose prénatale..... p. 8 à 11
- Hypospadias..... p. 12
- Incontinence urinaire..... p. 13 à 14
- Infection urinaire..... p. 15
- Lithiases..... p. 16
- Phimosis..... p. 17
- Varicocèle..... p. 18

# CRYPTORCHIDIE

L'examen physique est l'outil le plus fiable.

L'échographie demeure peu sensible ou spécifique et apporte peu à la décision thérapeutique.

Il n'est pas utile de l'obtenir avant la consultation en urologie.

Testicule non palpable

Bilatéraux

Unilatéral  
avec pénis  
anormal

Unilatéral  
avec pénis  
normal

Testicule palpable

Pénis normal

Pénis anormal

Possibilité  
Trouble dév. sexuel

Référence en  
**Endocrinologie et  
urologie pédiatrique**  
avant départ post-partum.  
Écho abdo et pelvienne  
pour recherche de structures  
muellériennes/gonades  
Caryotype, ions  
LH, FSH, testostérone  
17-hydroxyprogesterone  
androsténédione

Référence à 6 mois de vie  
(corrigé pour l'âge gestationnel)  
si absence de descente  
spontanée.

Référence en  
**Endocrinologie et  
urologie pédiatrique**  
avant départ post-partum.  
Écho abdo et pelvienne  
pour recherche  
de structures  
muellériennes/gonades

Caryotype, ions  
LH, FSH, testostérone  
17-hydroxyprogesterone  
androsténédione

Hernie associée :  
Référence lors de  
la trouvaille

Testicules rétractiles :  
Référence lors de  
la trouvaille si :

- > de 6 mois de vie (corrigé)
- Absence dans le scrotum  
lors de la prise du  
bain/douche
- Testicules ne demeurent  
pas dans le scrotum  
après descente  
manuelle

# PRISE EN CHARGE PRÉNATALE DE L'HYDRONÉPHROSE

## Détection hydronéphrose prénatale isolée **UNILATÉRALE**

Hydronéphrose (HN)	Taille (mm)	Recommandations
<b>2<sup>e</sup> trimestre</b>		
HN légère	4-7	Considérer écho 3 <sup>e</sup> trimestre (30-32 semaines)
HN modérée	8-10	Écho 3 <sup>e</sup> trimestre (32 semaines)
HN sévère	>10	Répéter écho dans 3-4 semaines
<b>3<sup>e</sup> trimestre</b>		
HN légère	7-9	Évaluation post-natale
HN modérée	10-15	Évaluation post-natale
HN sévère	>15	Répéter écho dans 2-3 semaines

Rein unique : se référer à *Détection hydronéphrose prénatale bilatérale*

Oligohydramnios: référence **URGENTE** clinique multidisciplinaire d'anomalie foetale (GARE)

Si liquide amniotique normal ad fin de la grossesse, se référer à *Prise en charge post-natale*

# PRISE EN CHARGE PRÉNATALE DE L'HYDRONÉPHROSE

## Détection hydronéphrose prénatale isolée **BILATÉRALE**

Hydronéphrose (HN)	Taille (mm)	Recommandations
<b>2<sup>e</sup> trimestre</b>		
HN légère	4-7	Considérer écho 3 <sup>e</sup> trimestre (30-32 semaines)
HN modérée	8-10	Écho dans 3-4 semaines
HN sévère	>10	Référence GARE et urologie
<b>3<sup>e</sup> trimestre</b>		
HN légère	7-9	Écho dans 3-4 semaines
HN modérée	10-15	Écho dans 2-3 semaines
HN sévère	>15	Référence GARE et urologie

Si oligohydramnios, référence **URGENTE** GARE

Si liquide amniotique normal ad fin de la grossesse, se référer à *Prise en charge post-natale*

# PRISE EN CHARGE POST-NATALE DE L'HYDRONÉPHROSE ANTÉNATALE ISOLÉE

## Hydronéphrose UNILATÉRALE isolée (sans anomalie vésicale, urétérale ou du cortex rénal)

Hydronéphrose prénatale	Antibio prophylaxie* (ATB)	Résultat écho post-natale (1-4 semaines)	Cystographie recommandée	Suivi écho
Légère (7-9 mm)	Non*	HN résolue SFU*** I-II SFU III-IV	Non Optionnelle Oui Reflux → ATB	Optionnelle 6 mois 3 mois
Modérée (10-15mm)	Oui	HN résolue  SFU I-IV	Optionnelle Cesser ATB Oui Si reflux → ATB Si - → Mag3lasix**	6 mois  3 mois
Sévère (>15 mm)	Oui	HN résolue ou SFU I-IV	Oui Si reflux → ATB Si - → Mag3lasix**	3 mois Référence en urologie

Prophylaxie chez le nouveau-né :  
 Amoxil 15-20 mg/kg/jour  
 Cephalexin 10-15 mg/kg/jour  
 Trimetoprim 2 mg/kg/jour

\* Prophylaxie à débiter si cystographie mictionnelle prévue

\*\*Mag3-lasix (HN grade III-IV ou grade II avec bassinets >10mm)

\*\*\*Fernbach SK et al. Ultrasound grading of hydronephrosis: introduction to the system used by the Society for Fetal Urology (SFU).  
 Pediatr Radiol. 1993;23(6):478-80. Grade d'hydronéphrose de 1 à 4/4

# Hydronéphrose BILATÉRALE / REIN UNIQUE / OLIGOHYDRAMNIOS

HN prénatale	Antibio prophylaxie (ATB)	Écho post-natale	Cystographie recommandée	Suivi écho
Bilatérale Rein unique Oligohydramnios	Oui	À obtenir précocement 1-3 jours de vie	Oui Reflux → ATB Si - → Mag3lasix	Référence en urologie

# HYPOSPADIAS

**HYPOSPADIAS ISOLÉ**  
(méat sur face ventrale du pénis)

Pas d'imagerie ou d'analyse  
biochimique nécessaire

Référer en urologie si désir de correction  
chirurgicale ou questionnement

**Sera évalué à plus de 6 mois de vie,  
peu importe emplacement du méat,  
sauf si cryptorchidie associée**

**Ne pas référer pour circoncision néonatale**

**HYPOSPADIAS  
ASSOCIÉ À CRYPTORCHIDIE**  
(palpable ou non palpable)

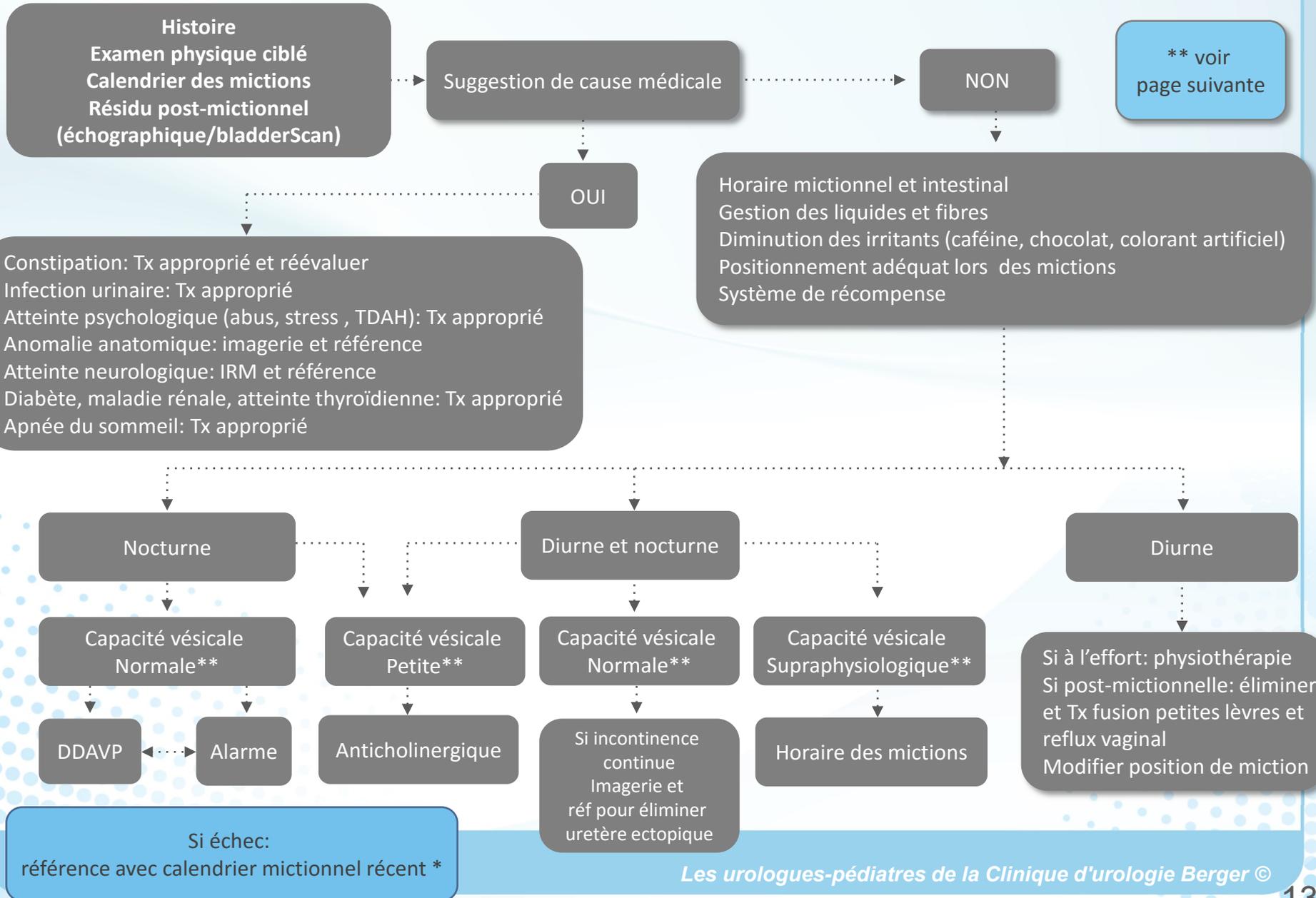
Possibilité de trouble du  
développement sexuel

Échographie abdominale et pelvienne  
pour recherche de structures  
muellériennes/gonades

Caryotype, ions, LH, FSH, testostérone,  
17-hydroprogestérone, androsténédione

Référence **URGENTE** en endocrinologie  
et urologie pédiatrique  
avant départ post-partum

# INCONTINENCE URINAIRE



# CALENDRIER DES MICTIONS

\*Calendrier des mictions : heures et volumes de toutes les mictions de 24 h x 3 jours différents, pas nécessairement consécutifs, journées à la maison.

\*\*Capacité vésicale/miction (cc) = (âge +1) x 30

Jour 1					
Jour :		Date :			
Heure	VOLUME (ml ou oz)	Urgence (0-3)	Fuite (0-3)	Douleur (0-3)	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

J'ai utilisé \_\_\_\_\_ protection(s) aujourd'hui.  
 La perte d'urine est-elle survenue au cours d'une activité? Non  Oui   
 Si oui, quelle activité?  
 Commentaires :

Jour 2					
Jour :		Date :			
Heure	VOLUME (ml ou oz)	Urgence (0-3)	Fuite (0-3)	Douleur (0-3)	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

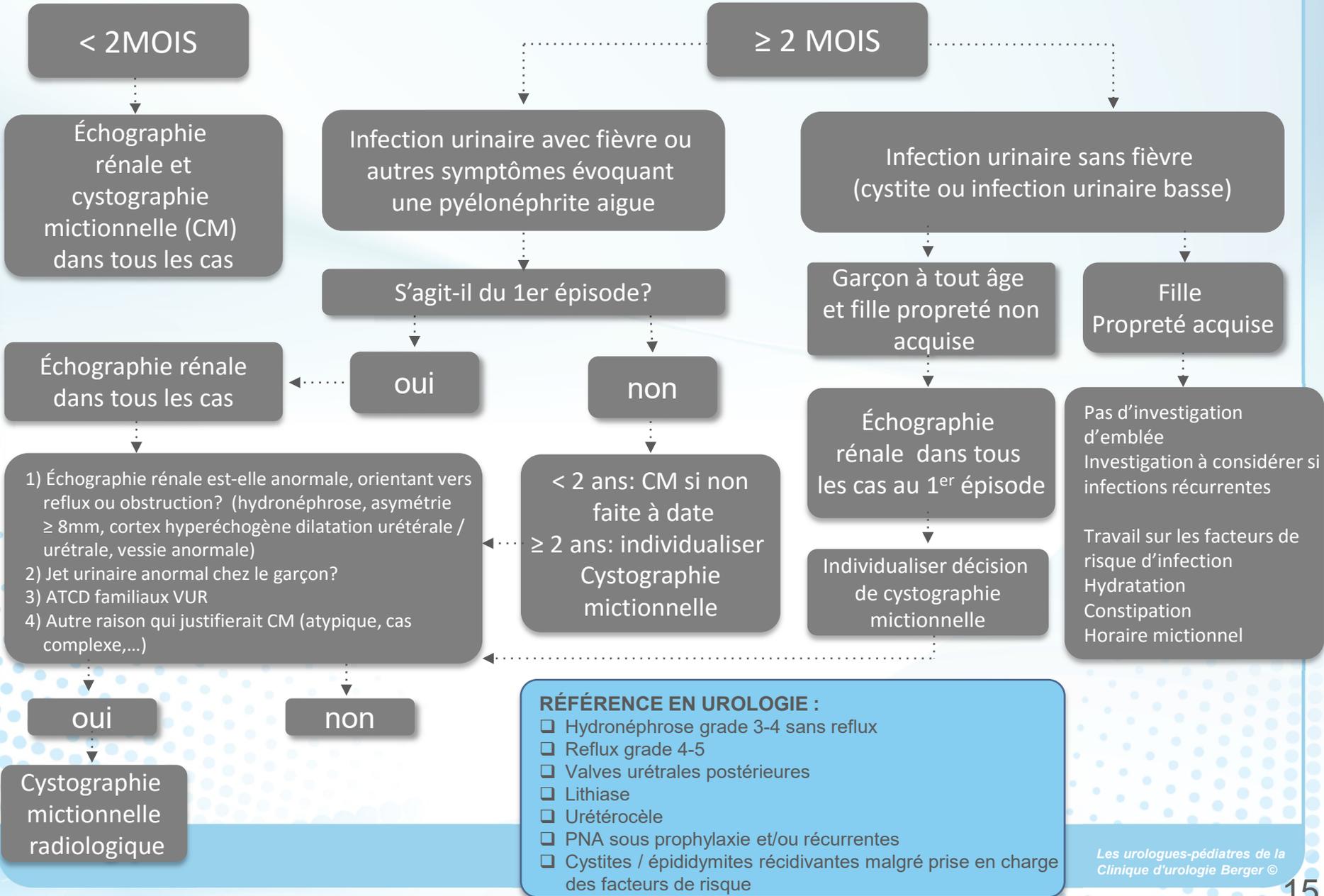
J'ai utilisé \_\_\_\_\_ protection(s) aujourd'hui.  
 La perte d'urine est-elle survenue au cours d'une activité? Non  Oui   
 Si oui, quelle activité?  
 Commentaires :

Jour 3					
Jour :		Date :			
Heure	VOLUME (ml ou oz)	Urgence (0-3)	Fuite (0-3)	Douleur (0-3)	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

J'ai utilisé \_\_\_\_\_ protection(s) aujourd'hui.  
 La perte d'urine est-elle survenue au cours d'une activité? Non  Oui   
 Si oui, quelle activité?  
 Commentaires :

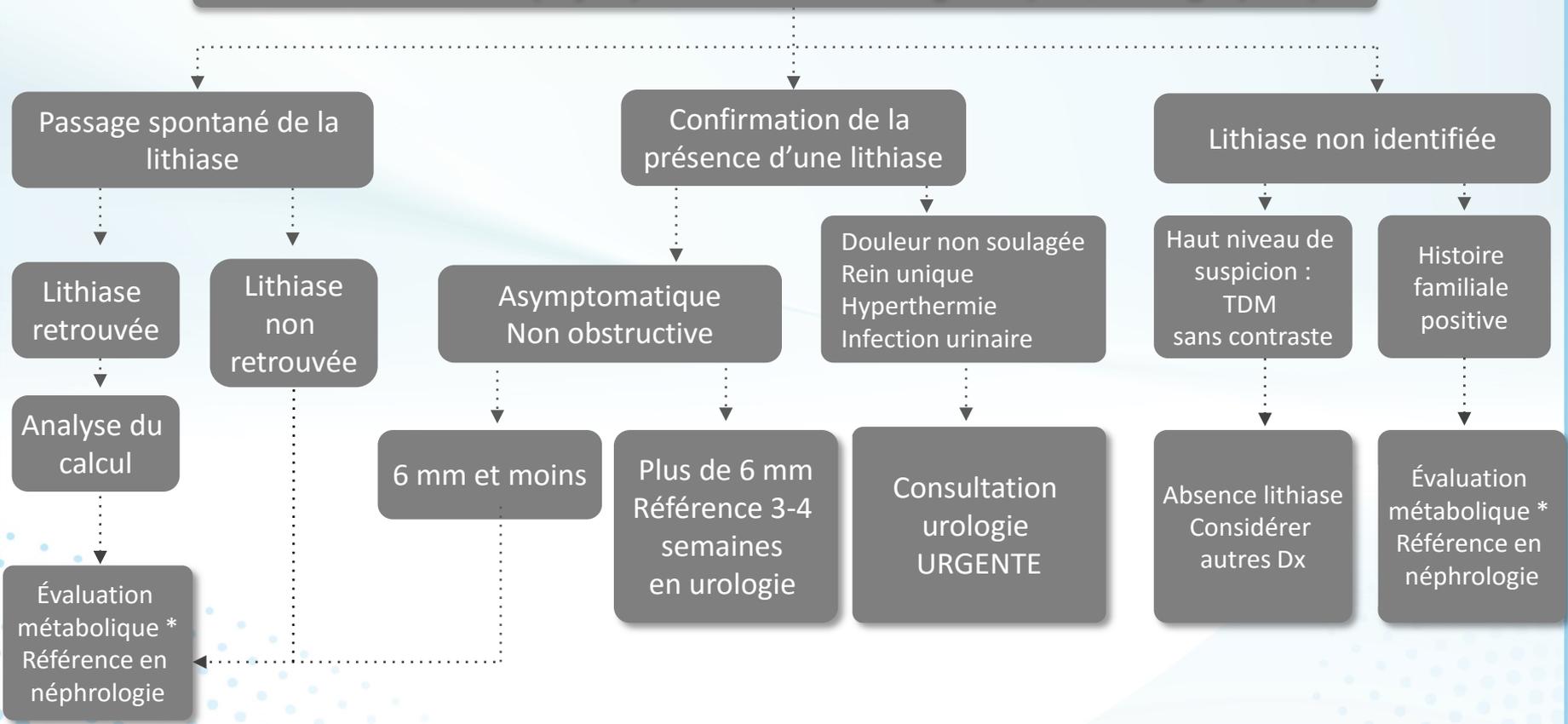
Référence: [https://www.cua.org/themes/web/assets/files/patient\\_info/secured/fr/10f-calendrier\\_mictionnel\\_s.pdf](https://www.cua.org/themes/web/assets/files/patient_info/secured/fr/10f-calendrier_mictionnel_s.pdf)

# INVESTIGATION PROPOSÉE APRÈS UNE INFECTION URINAIRE



# SIGNES ET SYMPTÔMES DE LITHIASE PÉDIATRIQUE

Histoire/Examen physique/SMU-DCA/Imagerie (RX, échographie)



## \* ÉVALUATION MÉTABOLIQUE:

**Sérique:** Na, K, Cl, Mg, Phosphore, Calcium ionisé, créatinine, CO<sub>2</sub> ou bicarbonates, acide urique, citrate

**Urinaire:** osmolalité, pH, citrate, acide urique, cystine, oxalate, créatinine, sodium, calcium, phosphore

# PHIMOSIS

DIFFÉRENCIER

PHIMOSIS

Paraphimosis

Adhérences  
balano-préputiales

\*\*\*Tx initial:

Stéroïdes topiques modérés classe III-IV  
(aristocort 0.1% BID x1 mois répétable)

Référence urgente si  
tentative de  
réduction  
impossible

Référence seulement si:

- ✓ Post puberté et symptomatiques
- ✓ Balanites à répétition

Si ÉCHEC : **référence en urologie**  
Spécifier si atteinte de la vidange urinaire pour  
priorisation de la demande

Si réduction  
possible :  
traitement du  
phimosi primaire

Notez que 30% des garçons de 6 ans ont encore des adhérences. Les dépôts blanchâtres de smegma coincés derrière des adhérences entre le prépuce et le gland, ne sont pas cliniquement problématiques. Si le patient n'a jamais présenté de balanite, la résolution spontanée est attendue avec la libération des adhérences

Si balano-posthites à répétition:  
référence en urologie

Si pyélonéphrite ou cystite chez le garçon:  
se référer à l'algorithme  
d'infection urinaire chez l'enfant

## RÉFÉRENCES UTILES:

\*\*\*Guide d'utilisation : Mieux comprendre et traiter : le phimosis chez mon garçon (CHU de Québec R-3812)

<http://www.chudequebec.ca/patient/maladies,-soins-et-services/traitements-et-examens/traitements/mieux-comprendre-et-traiter-le-phimosi-chez-mon-g.aspx>

Désir parental de circoncision: enfant moins de 2 mois service offert à la Clinique St-Louis

<http://www.circoncisionquebec.net> (la circoncision éleative est non remboursée par RAMQ)

# VARICOCÈLE AVANT LA FIN DE LA PUBERTÉ

