

H. Uro-génital et surrénales

Sommaire

01 H	Hématurie (macroscopique ou microscopique persistante sans protéinurie significative)	1
02 H	Hypertension artérielle (sans maladie rénale connue).....	1
03 H	Hypertension artérielle (chez l'adulte jeune ou le patient ne répondant pas au traitement médical)...	2
04 H	Insuffisance rénale	2
05 H	Mesure de la fonction rénale:	2
06 H	Suspicion de colique néphrétique.....	3
07 H	Calcul rénal en l'absence de colique néphrétique.....	3
08 H	Masse rénale.....	4
09 H	Syndrome obstructif du haut appareil.....	4
10 H	Infection urinaire de l'adulte	4
11 H	Evaluation du transplant rénal.....	6
12 H	Rétention urinaire aiguë	6
13 H	Trouble urinaire du bas appareil (tuba).....	6
14 H	Douleurs et/ou masse scrotale	6
15 H	Torsion du cordon spermatique	7
16 H	Impuissance	7
17 H	Infertilité masculine	7
18 H	Tumeurs médullo-surrénales (phéochromocytome)	8
19 H	Imagerie surrénale d'un syndrome de Cushing	8
20 H	Imagerie de l'hyperaldostéronisme primaire (Syndrome de Conn)	8
21 H	Incidentalome surrénalien (lésion surrénale de découverte fortuite)	8

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
H. Uro-génital et surrénales				
Hématurie (macroscopique ou microscopique persistante sans protéinurie significative) 01 H	Echographie et ASP	Indiqués [B]	Dans la plupart des centres la combinaison échographie et ASP est remplacée par une Uro-TDM. Cependant, chez l'adulte jeune avec hématurie microscopique, seuls l'échographie et l'ASP doivent être utilisés pour explorer l'appareil urinaire supérieur, bien que cette stratégie méconnaisse quelques pathologies, en particulier lithiasique. L'échographie de la vessie détecte beaucoup de tumeurs vésicales mais n'est pas suffisamment sensible pour éviter la cystoscopie.	0 II
	UIV	Non indiqué [B]	Remplacée par l'uro TDM.	II
	Uro-TDM	Indiqué [B]	L'uro TDM est surtout indiquée pour l'exploration d'une hématurie macroscopique. Elle permet de bien examiner l'entièreté du rétropéritoine et le petit bassin. En cas d'insuffisance rénale et/ou de masse atypique – caillot versus tumeur – une IRM peut être préférable.	III
Hypertension artérielle (sans maladie rénale connue) 02 H	UIV	Non indiqué [B]	L'UIV n'est pas indiquée pour l'évaluation d'une hypertension artérielle sans signe en faveur de maladie rénale. <i>Voir aussi 03H.</i>	II

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Hypertension artérielle (chez l'adulte jeune ou le patient ne répondant pas au traitement médical) (Voir aussi 25N et 26N) 03 H	Echo-doppler	Indiqué [B]	L'imagerie sera proposée uniquement si une hypertension d'origine réno-vasculaire est suspectée cliniquement car sa prévalence est très faible.	0
	Angio-RM	Examen spécialisé [B]	L'angio-IRM est la méthode la moins invasive pour visualiser directement les artères rénales.	0
	Angio-TDM	Examen spécialisé [B]	L'angio-TDM est aussi sensible que l'angio-IRM mais plus invasive (produit de contraste iodé, irradiation) et ne sera utilisée que si l'angio-IRM n'est pas réalisable.	III
	Scintigraphie	Examen spécialisé [B]	La scintigraphie rénale avec test au Captopril et l'échographie doppler avec calcul d'indice de résistance sont les meilleurs examens pour démontrer la relation de cause à effet entre la présence d'une sténose artérielle rénale et une hypertension artérielle.	II
Insuffisance rénale (Voir 27N) 04 H	Echographie et ASP	Indiqués [B]	L'échographie est indiquée comme première investigation en cas d'insuffisance rénale pour mesurer la taille des reins et l'épaisseur du parenchyme, et pour rechercher une dilatation des cavités pyélo-calicielles traduisant une possible obstruction urinaire. L'ASP est nécessaire pour identifier des calculs non détectés en échographie.	0 II
	UIV	Non indiqué [B]		II
	IRM	Examen spécialisé [C]	L'IRM est une alternative possible à la TDM et évite l'injection d'un produit de contraste potentiellement néphrotoxique. Rarement, une obstruction urinaire peut survenir sans dilatation identifiée, quelle que soit la méthode d'imagerie utilisée.	0
	TDM	Non indiqué initialement [B]	La TDM sans injection de contraste est utile si l'échographie n'est pas contributive au diagnostic ou ne montre pas la cause de l'obstruction.	III

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Mesure de la fonction rénale: – mesure de la fonction rénale globale absolue – mesure de la fonction rénale relative (part respective de chacun des reins) 05 H	Exploration isotopique	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	Lorsque l'estimation de la fonction rénale à partir de prélèvements plasmatiques et le dosage de créatinine est insuffisante, on réalise une mesure de la clairance plasmatique ou urinaire d'un radioisotope (mesure du débit de filtration glomérulaire).	I
	Scintigraphie	Examen indiqué [A]	Scintigraphie rénale	I/II
Suspicion de colique néphrétique (Voir 28N) 06 H	Echographie et ASP	Indiqués [C]	Echographie et ASP sont indiqués en première intention mais sont de plus en plus souvent remplacés par un TDM à faible dose sans contraste.	0 II
	TDM	Indiqué [B]	La TDM sans injection est la méthode de choix.	III
	UIV	Non indiqué [B]		II
Calcul rénal en l'absence de colique néphrétique (Voir 28N) 07 H	ASP	Indiqué [B]	En routine, l'ASP est efficace pour détecter la plupart des calculs à contenu calcique. Il est utile pour la surveillance post-thérapeutique.	II
	Uro-TDM ou UIV	Examen spécialisé [B]	Pour la détection et l'évaluation morphologique des calculs du rein, (même d'acide urique). Une opacification des voies excrétrices par UIV ou uro-TDM est souhaitable avant thérapie.	III II
	Echographie après ASP	Non indiqué initialement [B]	L'échographie est moins sensible que l'ASP ou la TDM pour la détection de l'ensemble des calculs du rein, mais peut détecter des calculs d'acide urique. Elle complète utilement l'ASP pour confirmer la nature intra-rénale d'un calcul.	0

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
08 H	Echographie	Indiqué [B]	L'échographie est sensible pour détecter les masses rénales de plus de 2 cm et efficace pour caractériser les lésions solides ou kystiques. Elle est utile pour caractériser certaines masses indéterminées en TDM.	0
	TDM	Indiqué [B]	La sensibilité de la TDM pour la détection des masses rénales est bonne à partir de 1 à 1,5 cm. Elle est efficace pour la caractérisation de ces masses.	III
	IRM	Examen spécialisé [B]	L'IRM, y compris avec injection de produit de contraste, est aussi sensible que la TDM avec injection pour détecter et caractériser les masses rénales. L'IRM doit être utilisée si la masse est indéterminée en TDM et en échographie ou si l'injection de contraste iodé est contre-indiquée en raison d'insuffisance rénale ou d'intolérance aux produits de contraste iodés.	0
	UIV	Examen spécialisé [B]	L'UIV est moins sensible que l'échographie pour la détection des masses rénales. L'UIV ne caractérise pas efficacement les masses rénales.	II
09 H	UIV ou Uro-TDM	Examen spécialisé [B]	L'uro-TDM apporte plus de renseignements que l'UIV.	II III
	ASP et Echographie	Indiqués [B]	Pour évaluer le tractus urinaire supérieur.	II 0
	Scintigraphie	Examen spécialisé [A]	La scintigraphie rénale au Tc-99m MAG3, chez un patient hydraté et après injection de Furosémide, est utilisée pour évaluer la fonction rénale et la vidange pyélo-calicielle devant une suspicion d'obstruction.	II

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Infection urinaire de l'adulte (Chez l'enfant, voir 43M)	Echographie et ASP	Indiqués [B]	L'imagerie n'est pas nécessaire dans la plupart des cystites infectieuses de la femme. L'imagerie est indiquée (1) en cas d'infection urinaire fébrile (2) si l'infection aiguë ne cède pas rapidement sous traitement antibiotique et (3) après une infection guérie, soit chez une femme ayant un passé d'infections urinaires multiples prouvées, soit chez un homme après une seule infection urinaire prouvée. L'association échographie + ASP est la meilleure investigation de première intention.	0 II
	Uro-TDM	Examen spécialisé [B]	La TDM avec injection peut être utile en cas d'infection sévère résistante au traitement, car elle est plus sensible que l'échographie pour détecter une pyélonéphrite ou d'autres foyers infectieux rénaux.	III
	UIV et cystographie rétrograde	Indiqués seulement dans des cas particuliers [B]	L'UIV peut être utile en dehors de la phase aiguë chez les patients ayant une suspicion de maladie rénale sous-jacente (ex. calcul, nécrose papillaire, néphropathie de reflux). La cystographie rétrograde peut être utile en dehors de la phase aiguë pour rechercher un reflux vésico-urétéral. (Voir enfant, 43M).	II III
10 H				

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
11 H Evaluation du transplant rénal	Echo-doppler	Examen spécialisé [B]	L'écho-doppler doit être réalisée aussi bien pour la détection des complications urologiques que vasculaires (en particulier des artères polaires).	0
	Scintigraphie	Examen spécialisé [B]	Chez les patients sans reprise de la fonction rénale ou lorsque la fonction rénale s'altère secondairement, la détermination d'indices de perfusion et de fonction rénale permet le plus souvent de prédire l'évolution clinique et biologique. La scintigraphie du transplant rénal peut être aussi utile, en association avec l'écho-doppler, pour détecter les complications vasculaires et caractériser les complications urologiques.	II
	Angio-RM	Examen spécialisé [B]	L'angio-RM est la méthode la moins invasive pour visualiser directement les artères du greffon rénal.	0
	Angio-TDM	Examen spécialisé [B]	L'angio-TDM, aussi sensible que l'angio-RM mais plus invasive (produit de contraste iodé, irradiation), ne sera utilisée que si l'angio-RM n'est pas réalisable.	III
12 H Rétention urinaire aiguë	UIV	Non indiqué [B]	Peu contributive.	II
	Echographie	Indiqué dans des cas particuliers [B]	Si la fonction rénale est perturbée, l'échographie rénale est indiquée pour rechercher une dilatation du haut appareil urinaire ou des problèmes de l'évacuation vésicale.	0
13 H Trouble urinaire du bas appareil (tuba)	UIV	Non indiqué [B]		II
	Echographie	Indiqué [B]	L'échographie de l'appareil urinaire est indiquée pour l'évaluation du résidu post-mictionnel, l'étude de la morphologie prostatique et la recherche de dilatation des cavités pyélo-calicielles. L'échographie endo-rectale n'est pas systématique.	0

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Douleurs et/ou masse scrotale 14 H	Echographie	Indiqué [B]	L'échographie est indiquée en cas de grosse bourse et quand une pathologie douloureuse supposée inflammatoire ne répond pas au traitement. L'examen permet de distinguer entre une anomalie testiculaire ou extra-testiculaire.	0
Torsion du cordon spermatique 15 H	Echographie	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	Le traitement urgent est essentiel et l'imagerie ne doit pas retarder l'intervention chirurgicale. L'échographie doppler couleur peut être réalisée en urgence en cas de suspicion de torsion testiculaire. Une torsion intermittente demeure un problème diagnostique difficile en pratique courante.	0
Impuissance 16 H	Echographie	Non indiqué [B]	On peut y avoir recours dans les formes secondaires post-traumatiques.	0
	Echo-doppler	Examen spécialisé [B]	L'écho-doppler peut être associée à une injection intracaverneuse de drogues vaso-actives.	0
Infertilité masculine 17 H			<i>Voir 11 I</i>	0

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Pathologie surrénalienne				
Tumeurs médullo-surrénales (phéochromocytome) 18 H	TDM ou IRM	Indiqué [B]	L'imagerie est indiquée devant les anomalies hormonales caractéristiques des phéochromocytomes. L'échographie n'est pas indiquée dans la recherche de cette pathologie.	III 0
	Scintigraphie	Indiqué [B]	La scintigraphie à la mIBG permet de détecter des localisations ectopiques ou secondaires.	II/III
Imagerie surrénalienne d'un syndrome de Cushing (Lésions cortico-surrénales ou ectopiques) Imagerie surrénalienne d'un syndrome de Cushing (suite) 19 H	TDM	Indiqué [A]	Il est utile de prendre un avis spécialisé pour déterminer l'examen le plus approprié. Le dosage sans stimulation de la concentration d'ACTH plasmatique (08 h) permet d'orienter le diagnostic étiologique du syndrome de Cushing. En cas de concentration basse d'ACTH plasmatique, la TDM surrénalienne doit être réalisée de première intention.	II
	Scintigraphie	Examen spécialisé [A]	La scintigraphie au noriodocholestérol peut être utile en cas d'hyperplasie ou de tumeurs bilatérales.	III
	IRM TDM	Indiqué [B] Indiqué [B]	Si la concentration d'ACTH plasmatique n'est pas diminuée, le type d'imagerie doit être discuté : IRM hypophysaire, TDM thoracique... L'échographie n'est pas indiquée dans la recherche d'anomalie surrénalienne.	0 III
Imagerie de l'hyperaldostérisme primaire (Syndrome de Conn) 20 H	TDM	Indiqué [B]	La TDM surrénalienne est l'examen de première intention pour identifier un adénome ou une hyperplasie bilatérale.	III
	Scintigraphie	Indiqué [B]	La scintigraphie au noriodocholestérol est aussi utile pour séparer les adénomes sécrétants des hyperplasies bilatérales.	III
	Cathétérisme	Acte spécialisé [B]	En cas de doute le recours au cathétérisme veineux sous contrôle radioscopique pour réaliser des prélèvements étagés peut être nécessaire au diagnostic.	II/III

[Retour au sommaire](#)

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Incidentalome surrénalien (lésion surrénalienne de découverte fortuite)	TDM IRM	Indiqué [B] Examen spécialisé [C]	On vérifiera d'abord le caractère non sécrétant de la lésion, en milieu spécialisé. Un examen TDM comportant une phase sans injection de produit de contraste et une mesure de densité de la lésion surrénalienne, ou une IRM avec séquence de déplacement chimique sont indiqués. Dans certains cas ces deux examens peuvent orienter vers une lésion bénigne ne nécessitant qu'inconstamment une surveillance (kyste, myélolipome). Une lésion homogène de densité < 10 UH (TDM) ou certains critères en IRM sont évocateurs d'adénome. Dans ce cas, une simple surveillance des lésions de moins de 3 cm est suffisante.	III 0
	Scintigraphie	Examen spécialisé [C]	La scintigraphie au noriodocholestérol ou à la mIBG permet de repérer les adénomes à sécrétion épisodique.	II/III

21 H

[Retour au sommaire](#)