

liées à la présence de calculs ancrés et les calculs de phosphate de calcium à la cristallisation intraductale. Une hypercalciurie était diagnostiquée de manière plus significative en cas de calcul ancré clair (Sa2) que sombre (Sa1) (Tableau 1 et Fig. 1).

Conclusion Les descriptions de la classification 2016 sont confirmées par les résultats de cette étude. Les anomalies papillaires sont des conséquences du développement des calculs. Leurs descriptions pourraient ainsi améliorer le suivi des patients lithiasiques et le diagnostic de l'origine de la lithogénèse. Nous recommandons donc leur description systématique. Quelques améliorations peuvent être apportées sur une version 2019.

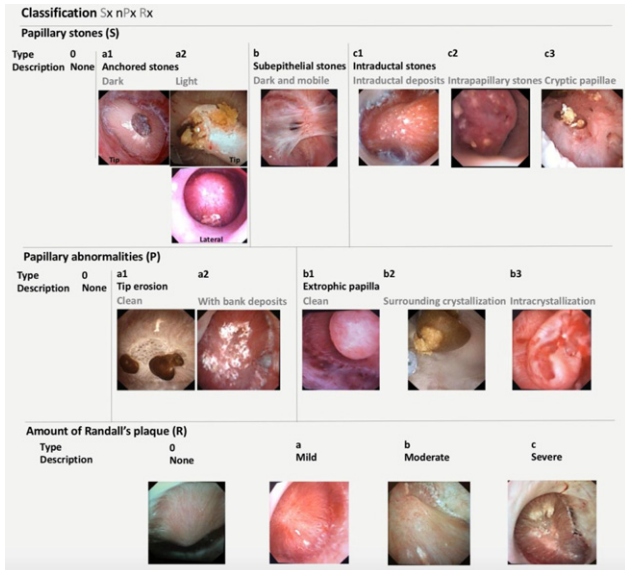


Fig. 1

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.113>

CO-67

Le typage endoscopique et microscopique comparés des calculs urinaires : premiers résultats de l'étude de concordance



V. Estrade^{1,*}, G. Verzotti², M. Daudon³, C. Clafu Afu⁴, O. Traxer⁵

¹ Centre hospitalier d'Angoulême, Angoulême, France

² CHU Pellegrin, Bordeaux, France

³ Hôpital Tenon, Paris, France

⁴ Comité lithiase association française urologie, Paris, France

⁵ Service d'urologie, hôpital Tenon, AP-HP, Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : vincent.estrade@gmail.com (V. Estrade)

Objectifs Le traitement moderne des calculs relève de la fragmentation, voire de la pulvérisation en poudre « dusting ». L'examen morphoconstitutionnel microscopique d'un calcul entier n'est alors plus possible. C'est pourtant celui qui donne la meilleure concordance diagnostique en lithiase selon la classification de Daudon. Notre travail a comparé le typage endoscopique et microscopique des calculs pour valider la reconnaissance endoscopique avant destruction du calcul (REC).

Méthodes Un urologue a examiné systématiquement la surface et la tranche de section des calculs avec un endoscope rigide (Olympus/Wolf) ou un urétérorénolescope souple numérique (Olympus URFV-1 capteur CCD) avant fragmentation LASER. Le typage endoscopique du calcul a été fait selon les critères morphologiques

microscopiques décrits par Daudon. Les fragments de calculs ont ensuite été adressés au biologiste pour examen morphologique et infrarouge. Une étude comparative de concordance entre les deux approches endoscopique et microscopique a été réalisée. Un test de Chi² a été pratiqué pour évaluer cette concordance.

Résultats Au total, 268 dossiers ont été examinés. Sept sont sans typage endoscopique possible (images floues). Sept sont sans typage microscopique (poudre calcul). Au total, 254 dossiers ont été inclus dans l'étude comparative. Trente-quatre types de calculs dont 15 purs et 19 mixtes sont répertoriés. Quinze calculs ont un typage endoscopique spécifique non retrouvé à l'examen infrarouge. Les concordances avec test de différence Chi² non significatif ($p \geq 0,05$) correspondent aux calculs purs (Ia + Id) de whewellite (85,7 % $n = 7$), (IIb) weddellite (88,2 % $n = 17$), (IIIab) acide urique (97,1 % $n = 34$), (IVc) struvite (100 % $n = 4$) et calculs mixtes (Ia + IIb) whewellite/weddellite (92,5 % $n = 40$), (Ia + IIIab) whewellite/acide urique (76,9 % $n = 13$), (Ia + IIb + IVa) whewellite/weddellite/carbapatite (87,5 % $n = 16$). D'autres morphologies ont une concordance excellente, Va cystine (100 % $n = 1$), VIa protéines (100 % $n = 1$), IIb + IVd weddellite/brushite (100 % $n = 3$) mais un effectif trop faible. La concordance globale est de 76,8 % (Fig. 1 et 2).

Conclusion Ce travail permet de valider le typage endoscopique des calculs les plus fréquents purs (Ia + Id) de whewellite, (IIb) weddellite, (IIIab) acide urique, (IVc) struvite et mixtes (Ia + IIb) whewellite/weddellite, (Ia + IIIab) whewellite/acide urique, (Ia + IIb + IVa) whewellite/weddellite/carbapatite. La REC est une étape indispensable en lithiase. Elle doit néanmoins toujours être complétée d'une analyse infrarouge des fragments ou de la poudre du calcul typé (Fig. 2).

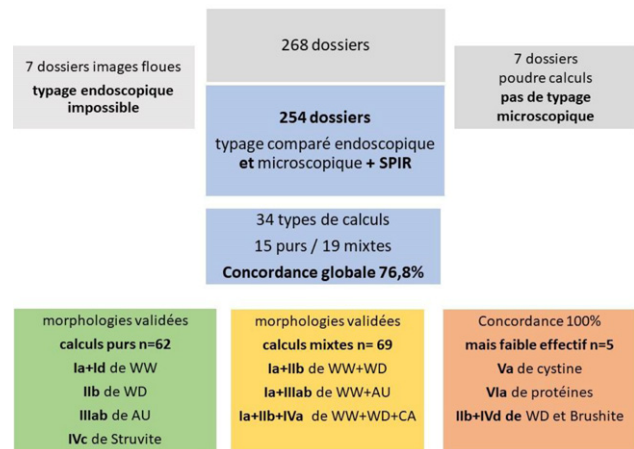


Fig. 1

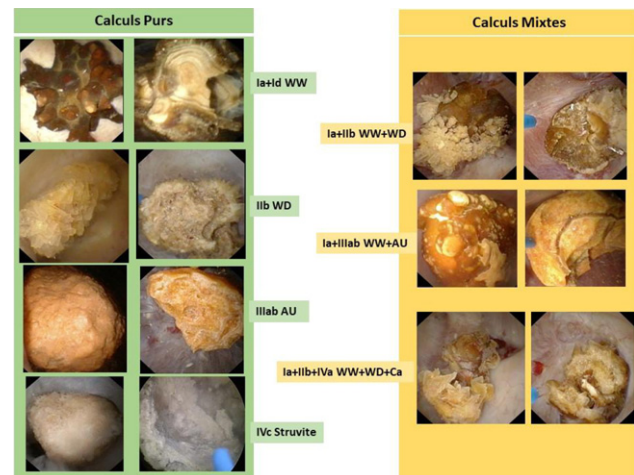


Fig. 2

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.114>

Pratique professionnelle

CO-68

Analyse d'un modèle de circuit court post-urgence avec une régulation précoce urologique



I. Bentellis*, B. Tibi, Y. Ahallal, A. Mbeutcha, L. Mendel, R. Haider, P. Regnier, P. Treacy, Y. Bodokh, J. Amiel, D. Chevallier, M. Durand

CHRU de Nice, Nice, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : imad.bentellis@gmail.com (I. Bentellis)

Objectifs Les urgences urologiques représentent 7 % des motifs d'admission aux urgences (SAU). La gestion rapide de ces patients après passage au SAU peut représenter un challenge pour les établissements de santé. Nous avons souhaité analyser cette filière d'entrée dans d'un centre académique à haut volume et évaluer l'effet de la mise en place d'un circuit court vers une consultation post-urgence (CPU) après régulation médicale urologique différée.

Méthodes Tous les patients ambulatoires consécutifs admis au SAU avec programmation en CPU entre décembre 2017 et juillet 2018 étaient inclus. Les dossiers étaient régulés par un urologue le lendemain. Des modifications de date de CPU, des examens complémentaires ou des appels téléphoniques vers les patients pouvaient être réalisés. Le critère de jugement principal était le niveau de performance du circuit. Ce dernier était évalué par la capacité à apporter une réponse efficace selon une grille prédéfinie de solutions spécifiques aux motifs de consultation. Si la solution apportée divergeait de cette grille, elle était considérée comme un échec.

Résultats Cent vingt-huit patients ont été inclus. L'âge médian était de 57 ans (18 à 97). Il y avait 76 % de réponses efficaces. Ce taux était plus faible chez les patients consultant pour des motifs rares, complexes ou ne se présentant pas à la CPU (« no-show »). Ces derniers (47 % $n = 60$) n'étaient pas joignables au premier appel dans 51,6 % des cas, avec une distribution d'âges et de motifs similaires aux autres, hormis pour les hématuries qui représentaient 13,3 %. Sur l'ensemble des consultants ($n = 1525$) seulement 8,5 % ($n = 128$) avaient été adressés en CPU par les urgentistes (Fig. 1).

Les motifs de consultation étaient semblables à ceux des autres séries (Fig. 2). La décision était une seconde consultation dans 70 % (48), un nouvel examen dans 10 % (7) (Fig. 3), une chirurgie en urgence différée dans 12 % (8) et enfin 18 % (12) d'abstention de suivi.

Conclusion La CPU suivant une régulation précoce par un urologue permet d'apporter une réponse efficace avec un délai médian de 9 jours dans 76 % des situations. L'analyse des « no-show » permettrait d'identifier des groupes à risque et d'optimiser ce circuit court.

Répartition des effectifs de patient selon l'horaires de sortie des urgences

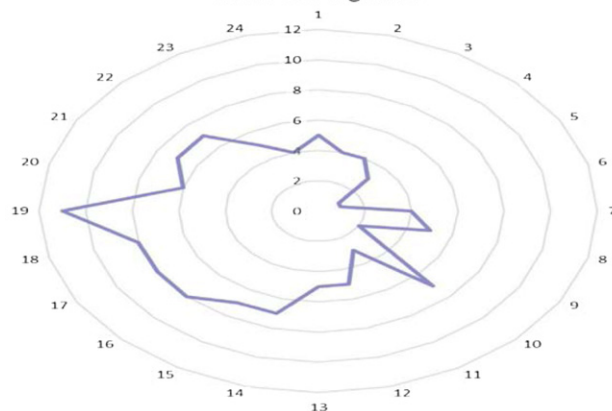


Fig. 1 Répartition des effectifs de patient selon l'horaires de sortie des urgences. Les chiffres en circonférence correspondent aux heures, et les niveaux concentriques aux effectifs.

Pourcentages de réponse au problème selon le motif de consultation

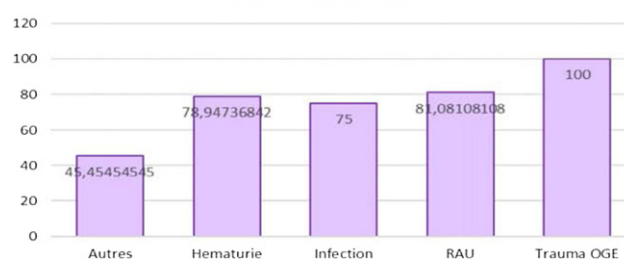


Fig. 2 Distribution du taux de réponse efficace selon le motif de consultation. RAU : rétention aiguë d'urines ; Trauma OGE : traumatisme des organes génitaux externes.

Taux d'examen supplémentaires en CPU selon le motif de consultation

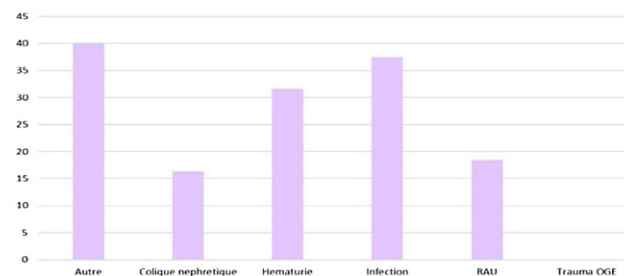


Fig. 3 Distribution des examens prescrits en CPU selon le motif de consultation. CPU : consultation post-urgences ; RAU : rétention aiguë d'urines ; Trauma OGE : traumatisme des organes génitaux externes.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.115>