

"2" - décembre 2008

● Les pathologies professionnelles en urologie

Cancer de la vessie

> **2ème cancer d'origine professionnelle** après cancer pleuro-pulmonaire,
> 5-10% des cancers de la vessie sont d'origine professionnelle

> Tableaux 15 Ter (amines aromatiques) et 16 Bis (dérivés de houille) du régime général

> domaines professionnels à risque

- Solvants Amines Aromatiques, Nitrosamines, et solvants chlorés sont utilisés dans les industries des colorants, du caoutchouc, de la plasturgie et dans les laboratoires
- HAP (Hydrocarbures Aromatiques Polycycliques) et dérivés de houille sont utilisés dans la synthèse des produits synthétiques, bitumes-goudron, et de l'aluminium

> Dépistage

Recherche hématurie, cytologie urinaire et si exposition aux HAP, dosage urinaire du 3 hydroxy benzo pyrène
- période d'exposition auprès du médecin du travail
- période post-exposition par le médecin traitant

Cancer du rein

> **NON reconnu** comme maladie professionnelle

> Les études mettent en valeur des substances à risques :

- hydrocarbures aliphatiques chlorés dont le trichloréthylène
- hydrocarbures pétroliers et HAP
- plomb et autres métaux lourds
- cadmium
- tétra et penta-chlorophénol

> Seul moyen d'aboutir à la reconnaissance d'un cancer du rein : présenter un dossier en Commission régionale de reconnaissance de maladie professionnelle (CRRMP)

Brucellose chronique

> **100 cas annuels en France** dont 25 % d'origine professionnelle

> Tableaux 24 et 6 du régime général et agricole

> Domaine professionnel à risque

- Elevage (porcin, ovin, caprin, bovin)
- laboratoire d'étude sur brucellose

> brucellose chronique

- asthénie avec sueurs profuses
- douleurs diffuses
- atteinte viscérale variable dont orchio-épididymite et prostatite
> Diagnostic sérologique
> Maladie à **déclaration obligatoire**

> **Antibiothérapie** par cycline ou rifampicine associée à un aminoside dans forme grave

● Prise en charge des cystites, pyélonéphrites et prostatites

> le taux de résistance des colibacilles aux fluoroquinolones augmentent significativement. De ce fait l'utilisation des fluoroquinolones doit être limitée, voire proscrite en probabilité chez les malades ayant reçu des quinolones dans les 6 mois précédents ou bien les malades en provenance d'Espagne ou du Portugal où les taux de résistance sont les plus hauts.

> le contrôle ECBU doit être réalisé après pyélonéphrite ou prostatite de façon à diagnostiquer au moins 10^4 germes/mm³. Pour l'E.coli, son temps de croissance implique au moins 4 jours pour atteindre ce chiffre. Il n'y a donc pas d'intérêt à réaliser un ECBU de contrôle moins de 4 jours après l'arrêt des antibiotiques

> Dans la cystite aigue simple, on doit préférer les traitements courts (1 ou 3 jours) sauf chez la femme âgée, enceinte ou avec des comorbidités importantes.

La réalisation de l'ECBU n'apporte aucun élément significatif, ni en diagnostic ni en contrôle.

> Chez la femme enceinte le Selexid reste la molécule de choix

> Dans la cystite récidivante, les conseils hygiéno-diététiques sont toujours importants, auxquels on peut ajouter un traitement antibioprophylactique continu ou discontinu, voire de la canneberge pendant 2 mois (au moins 36 mg de pac), il faut éviter la furadantine au long cours chez la femme âgée.

> La pyélonéphrite aigue nécessite la réalisation d'une échographie au moins dans des délais ne mettant pas en jeu le pronostic vital en cas d'obstruction de la voie excrétrice

> La prostatite aigue mérite une évaluation du résidu post-mictionnel initialement. Un traitement de 4 semaines est recommandé adapté à l'antibiogramme.

Les recommandations du Comité d'infectiologie de l'Association française d'urologie sont parues : pas de véritable révolution mais quelques données importantes !