

Sémiologie urologique

I) Symptomatologie fonctionnelle urinaire

A) Anomalies de la diurèse

- **Polyurie**: diurèse anormalement élevée, supérieure à 5L par jours
- **Potomanie**: polyurie par augmentation des apports liquidiens
- **Oligurie**: diurèse basse, comprise entre 200 à 500 cc par heures
- **Anurie**: absence de diurèse ou diurèse inférieure à 200cc par heures
 - * anurie pré-rénale: due à une baisse de la perfusion rénale
 - * anurie rénale: due à une affection du parenchyme rénal
 - * anurie post-rénale: due à un obstacle bilatéral sur la voie excrétrice supérieure

B) Anomalie de la miction

- **Pollakiurie**: augmentation du nombre de mictions
- **Nycturie**: pollakiurie nocturne
- **Urgenturie** = impériosité mictionnelle: besoin irrépessible d'uriner
- **Dysurie**: difficulté à uriner avec impossibilité de vider complètement la vessie
 - => sténose urétrale (prostatite, infection uréthro-génitale, atteinte de l'innervation du détrusor...)
- **Pneumaturie**: présence d'air dans les urines
 - => peut être provoquée par des germes anaérobies
- **Fécalurie**: présence de selles dans les urines
 - => accompagne les pneumaturie en cas de communication entre le compartiment urinaire et digestif
- **Pyurie**: présence de leucocyte altérés dans les urines

Cystite aiguë microbienne: douleurs mictionnelles + pollakurie + pyurie

- **Enurésie**: incontinence (fuite en état de veille) lors du sommeil
- **Fistule vésico-vaginale**: communication anormale entre la vessie et le vagin
- **Fistule urétéro-vaginale**: communication anormale entre le vagin et l'urètre

- Incontinence urinaire à l'effort:
- Incontinence urinaire par urgenturie: fuite survenant à l'acmé d'une envie
 - => cause la plus fréquente d'incontinence
- Incontinence urinaire mixte: associe l'effort à l'impériosité

C) Anomalie de l'aspect des urines

- **Hématurie**: présence d'éléments figurés du sang dans les urines
- **Hémoglobinurie**: présence d'hémoglobine dans les urines (consécutif à une hémolyse, sans atteinte de l'appareil urinaire)
- **Uréthrorragies**: écoulement de sang par l'urètre en dehors des mictions
- **Hématurie microscopique**: souvent sous la forme de protéinurie consécutive à une néphropathie
- **Hématurie macroscopique**:
 - * initiale: en début de miction => origine urétrale
 - * terminale: en fin de miction => origine vésicale
 - * totale: pendant toute la miction => origine haute
- **Chylurie**: présence de lymphé dans les urines leur conférant un aspect laiteux

II) Anomalies génitale

A) Anomalies de l'érection

- **Priapisme**: érection prolongée qui persiste en l'absence de stimulation
 - => concerne uniquement les corps caverneux, le gland reste flacide
- **Coude de verge**: déformation de la verge en érection (maladie de Lapeyronie)
- **Impuissance**: érection insuffisante pour permettre l'intromission

B) Anomalie de l'éjaculation

- **Anéjaculation**: absence d'éjaculation, le plus souvent sous la forme d'éjaculation rétrograde (vers la vessie)
- **Ejaculation précoce**: souvent en cas de frein trop court

C) Anomalie de l'aspect du sperme

- **Hémospemie**: présence de sang dans l'éjaculat (cas de lésion prostatique)
- **Pyospemie**: présence de leucocyte modifié dans le sperme (en cas de prostatite)

III) Les douleurs urologiques

A) Colique néphrétique

- Syndrome douloureux lié à la mise sous tension des parois des **voies excrétrices** supérieure
- Cause la plus fréquente: **lithiase**, **migration** de **caillot** ou fragment de papille rénales
- Clinique:
 - * douleurs d'origine lombaire de la douleur
 - * irradie vers l'abdomen, le testicule ou la grande lèvre homolatéral & la face interne de la cuisse
 - * accompagnée de symptomatologie digestive: nausées, vomissement & iléus réflexe
 - * **absence de position antalgique**
 - * accompagné d'agitation
 - * peu s'accompagner d'un syndrome fébrile
- Colique néphrétique fébrile => hospitalisation
- Colique néphrétique sur rein fonctionnel => hospitalisation
- Colique néphrétique hyperalgique => hospitalisation

B) Douleurs hypogastrique

- Douleurs hypogastrique due à une rétention aiguë d'urine
 - * envie d'uriner mais miction impossible
 - * s'accompagne de voussure (exagération de la convexité vésicale) mate à la percussion => **globe vésical**
 - * cause la plus fréquente: prostatite, K de la prostate
- Douleurs hypogastriques due à une cystite

- Douleurs hypogastrique due à une cystite interstitielle, s'accompagne de pollakiurie douloureuses

C) Douleurs inguino-scrotales

- **Syndrome unilatéral scrotal**

- * cause: torsion du cordon spermatique
- * survenue brutale de la douleur
- * urgence chirurgicale
- * clinique: testicule ascensionné

- **Epididymite aiguë**

- * douleur a survenue progressive
- * infection urinaire confirmé par une test en bandelette

IV) Examen physique en urologie

1) Examen des fosses lombaires

- Patient en décubitus dorsal
- **Inspection**: recherche de cicatrice de **chirurgie rénale**
- **Palpation**: recherche d'une hypertrophie des reins (**syndrome de jonction pyélo urétrale** ou **maladie polykystique**)
- **Auscultation** à la recherche de **souffle** en cas de **fistule artérioveineuse intra-rénale**

2) Examen de la région hypogastrique

- **Inspection**: recherche de cicatrice & de voussure sus pubienne (globe vésical)
- **Palpation**: recherche de globe vésical
- **Percussion**: douloureuse en cas de globe vésical par rétention aiguë, nous douloureuse en cas de globe chronique, **matité** à convexité supérieure

3) Examen des organes génitaux externes chez l'homme

- **Inspection**: anomalies de la muqueuse glandulaire à la recherche de **condylomes** ou de **chancre syphilitique**
- Impossibilité de décalotter le gland => **phimos** (rétrécissement de l'orifice prépuce)
- Prépuce qui ne se replace pas => **para-phimos**

- Position du méat urétral:
 - * **hypospadias** = méat à la face ventral de la verge
 - * **épispadias** = méat urétral face dorsal de la verge
 - * **exstrophie vésicale** = absence de fermeture de la paroi abdominal en avant de la verge
- **Palpation de la verge**: évaluation de l'élasticité des tissus érectiles de la verge & recherche de plaque de fibrose
- **Palpation** testiculaire et de l'épididyme
 - * gros testicule + épididyme normal: **tumeur testiculaire**
 - * masse séparé du testicule par un sillon: **épididymite**
 - * grosse bourse dont le contenu n'est pas palpable: **hydrocèle**

4) Examen des organes génitaux externes chez la femme

- **Inspection de la vulve**:
 - * **hypospade**: position ectopique du méat => infection ascendante à partir de la flore vaginale
 - * **bride hyménales** => responsable d'infections urinaires basses post coïtales
- **Inspection des parois antérieur du vagin** à la recherche d'un prolapsus responsable d'une incontinence
- **Manoeuvre de Bonney**: recherche de trouble de transmission au col vesical
- **Manoeuvre de Ulmsten**: corrige le prolapsus

5) Le D.D.L.C.

- Toucher rectal chez l'homme sur un patient en décubitus dorsal, cuisse fléchies sur le thorax
- Examine la paroi antérieur du rectum pour évaluer la prostate
 - * adénome prostatique: lisse régulier élastique & indolore
 - * cancer de la prostate: nodule dur

V) Examens complémentaires

A) Exploration biologiques

- Mesure de la clairance le plus souvent à partir de la créatinine plasmatique
- Examen cytot bactériologique des urines devant tout symptôme urologique
- Cytologie urinaire: à la recherche des cellules anormales dans la surveillance des tumeurs de la voie excrétrice
- Dosage biologique des marqueurs tumoraux
 - * PSA: prostate
 - * BetaHCG / alpha-foeto-protéine / antigène carcino embryonnaire: testicule

B) Exploration endoscopique

- Uréthro-cystoscopie
 - * examen de l'urètre et de la vessie
 - * réalisé devant tout diagnostic de tumeur de la vessie
 - * uniquement sur les patients à urines stériles
- Uréthro-pyélographie rétrograde:
 - * cystoscopie couplé à l'injection d'opacifiant
 - * permet de préciser des images obtenues en radiologie
- Urétrocopies:
 - * exploration des voies urinaires jusqu'aux cavités rénales

C) Exploration urodynamique

1) Cystomanométrie

- Exploration de la fonction de remplissage de la vessie
- Réalisé par injection retrograde dans la vessie
- Courbe **P/V** dans la vessie
- Permet de distinguer:
 - * les troubles de la compliance vésicale défini par le rapport V/P
 - * l'activité motrice détrusorienne pour différencier les vessies stables (pression adapté de façon continue) des vessies instables

2) Pression uréthrales

- En enlevant le capteur (kt) de la vessie à vitesse constante
- En laissant un capteur pour mesurer de façon constante
 - => instabilité uréthrale: diminution de la pression uréthrale
 - => hyperthésie uréthrale
 - => hypotonie uréthrale = insuffisance sphinctérienne
- Débitmétrie
- Electromyogramme du sphincter strié: par implantations d'électrodes dans le muscle sphincter ou électrode cutanée
 - => dyssynergie vesico-sphinctérienne: absence de synergie entre la contraction du détrusor et des sphincter, caractéristique d'une lésion du SNC

Vessie de type centrale:

- * desinhibée
- * hyperactives
- * hypocompliantes
- * dyssynergie vesico-sphincterienne
- * en cas de para ou tétraplégies & de sclérose en plaques
- * vessies ré-éduquables

Vessies périphériques:

- * compliance très élevée
- * sans dysynergie vesico-sphinctériennes
- * en cas d'atteinte du SNP

Syndrome uréthrale:

- * pollakuries
- * dysurie
- * troubles génitaux sexuels
- * douleurs hypogastriques