

Sémiologie urologique

Dr Lansari
Service Urologie
EHUO

Plan de la question

L'examen clinique en urologie
L'interrogatoire
L'examen physique

Sémiologie urologique

1. les douleurs
2. La modification des urines émises
3. Les troubles de la miction
4. L'incontinence urinaire
5. Les fistules urinaires
6. L'énurésie
7. Rétention urinaire aigue

L'EXAMEN CLINIQUE EN UROLOGIE:

« Méthodique »

I- L'interrogatoire:

L'étude des antécédents

- a. personnels et familiaux
- b. médicaux et chirurgicaux, urologiques et génitaux

L'interrogatoire du patient proprement dit :

La date de survenue de ces troubles
Le caractère isolé ou associé
Le mode évolutif (aigus par crise, chroniques (permanents) ou récidivants ;
Spontanés ou provoqués.

a. Signes généraux:

Fièvre, frissons (infection parenchymateuse)
Altération de l'état général :
Amaigrissement, anorexie, asthénie,
Pâleur (Insuffisance rénale chronique, cancer évolué)

b. Signes fonctionnels:

b. Signes fonctionnels:

1. les douleurs: mode de début, siège, irradiations, intensité, type, évolution et les facteurs qui la déclenchent l'aggravent ou la calment.

Les douleurs du haut appareil : liées à la mise en tension de la capsule rénale ou de la voie excrétrice.

-La lombalgie urologique est une douleur unilatérale qui siège dans l'angle costo-vertébral postérieur. Elle peut être due, à un obstacle, à un œdème du parenchyme rénal (infection), à une hémorragie intra ou péri-rénale (tumeur, traumatisme), ou à une ischémie (infarctus, infarctissement).

-La colique néphrétique: traduit une mise en tension brutale de la voie excrétrice (obstacle aigu). Début brutal, dans la fosse lombaire, unilatérale, elle irradie typiquement dans le flanc, l'aîne et les organes génitaux (testicule, grande lèvre). S'accompagne souvent d'une agitation du malade elle est continue avec des renforcements paroxystiques. Il n'y a pas de position antalgique, pas de facteur calmant cette douleur.

-Les douleurs per-mictionnelles ascendantes en fosse iliaque, voire lombaire traduisent un reflux vésico-rénal d'urine.

Les douleurs du bas appareil :

-Les cystalgies: des douleurs hypogastriques d'origine vésicale, généralement rythmées par les mictions, et par l'état de réplétion de la vessie qui peuvent les déclencher, les renforcer ou les calmer. Elles peuvent irradier en arrière vers les sacro-iliaques, en barre ou dans l'urètre.

-Les douleurs inguino-scrotales : de début progressif ou brutal, toute pathologie vasculaire, traumatique, inflammatoire, infectieuse ou tumorale des éléments du contenu scrotal peuvent être à l'origine de ces douleurs.

-Les douleurs périnéales:

Situées en arrière des bourses, peuvent révéler une pathologie urétrale ou cervicoprostatique le plus souvent infectieuse ou tumorale, et ce d'autant plus qu'elles sont rythmées par la miction ou l'éjaculation. Elles peuvent irradier vers le gland.

2. La modification des urines émises

La diurèse: c'est la quantité d'urine émise par unité de temps, elle varie avec les apports hydriques. Diurèse journalière, une diurèse horaire, une diurèse par minute.

Anomalies quantitatives : La diurèse journalière est généralement comprise entre 800 et 1500 ml.

-Polyurie ; une diurèse journalière supérieure à 2 000 ml. Les principales causes sont l'augmentation des apports hydriques (potomanie), la polyurie osmotique (diabète sucré, levée d'obstacle) et la polyurie induite par les diurétiques. Elle peut être prise à tort pour une pollakiurie (intérêt du catalogue mictionnel qui consiste à demander au patient de recueillir sur 24 heures toutes les urines en notant l'heure de la miction et le volume émis).

-Oligurie ; une diurèse journalière inférieure à 500 ml.

Anurie ; une absence de diurèse ou < 100ml/j avec une vessie vide +++.

Anomalies qualitatives

Les urines fraîchement émises sont jaunes citrins, limpides et brillantes .

-Hématurie : présence de sang dans les urines, coloration rouge ou rosée avec parfois présence de caillots, d'origine néphrologique ou urologique, Le saignement peut provenir de la papille rénale jusqu'à l'urètre prostatique (sus-sphinctérien). Micro ou macroscopique.

-Pyurie : présence de pus dans les urines. Aspect trouble, voire franchement purulent. La bandelette urinaire retrouve la présence de leucocytes et/ou de nitrites. La pyurie signe l'infection de l'appareil urinaire. Mais si toutes les urines infectées sont troubles, toutes les urines troubles ne sont pas infectées (urates, phosphates).

-Pneumaturie : présence de gaz dans les urines.

-Fécalurie : présence de matières fécales dans les urines. Pneumaturie et fécalurie témoignent d'une communication anormale entre le colon et la vessie (fistule colo-vésicale)

-Chylurie: présence de chyle (liquide lymphatique) dans les urines, celles-ci prennent alors un aspect laiteux (fistule entre le réseau lymphatique et la voie excrétrice).

3. Les troubles de la miction: (ou symptôme du Bas Appareil urinaire; SBAU)

La miction normale est volontaire, indolore, sans difficulté et complète. On distingue les troubles mictionnels obstructifs qui concernent l'évacuation vésicale et les troubles mictionnels irritatifs relatifs à la fonction de stockage de la vessie.

-Les troubles mictionnels obstructifs ou de vidange:

La dysurie: difficulté à l'évacuation de la vessie: démarrage lent, jet faible, les mictions en plusieurs temps, gouttes retardataires.

-Les troubles mictionnels irritatifs ou de stockage:

La pollakiurie: une augmentation de la fréquence des mictions.

PLK diurne: une diminution de l'intervalle entre deux mictions (normale > 3H).

PLK nocturne (nycturie) se compte en nombre de réveils induits par l'envie d'uriner.

-les brûlures mictionnelles, pré, per ou post-mictionnelles, qui témoignent d'une inflammation du bas appareil (vessie, urètre).

-les impériosités (ou urgenturie) qui se traduit par l'impossibilité pour le malade de différer son besoin d'uriner. Celui-ci est urgent, sous peine de miction incontrôlée (incontinence).

4. L'incontinence urinaire: c'est la perte involontaire d'urine par le méat urétral, due à l'incompétence du système sphinctérien vis à vis des pressions vésicale. Plus fréquente chez la femme
Elle peut être Liée à l'effort (toux, rire, marche) ou impérieuse (clef, eau froide)

5. Les fistules urinaires : communication anormale de la vessie avec une autre cavité

Fistules urétrales : Elles sont plus fréquentes chez l'homme (sonde urétrale)

Fistules vésicales : vésico-cutanée, vésico-vaginale, vésico-digestive.

6. L'énurésie : émission inconsciente et involontaire d'urines pendant le sommeil chez l'enfant de plus de 5 ans.

7. Rétention urinaire aigue: absence de miction malgré un besoin impérieux et douloureux d'uriner sur une vessie pleine

8. Ecoulement urétral: Pathologie de l'homme, il tache les sous-vêtements et témoigne d'une lésion de l'urètre en aval du sphincter strié.

Urétrorragie: écoulement sanglant (tumeur, traumatisme).

Urétrite: écoulement purulent (infection).

9. hémospemie: la présence de sang dans le sperme, traduit un état inflammatoire des vésicules séminales, le plus souvent sans gravité.

10. Les troubles génito-sexuels: Ils peuvent toucher indépendamment: La sexualité: libido (désir sexuel), érection (rigidité), orgasme (plaisir), éjaculation (émission de sperme).

II. L'examen physique:

Recherche des éléments objectifs. On examine les fosses lombaires, l'abdomen, les organes génitaux externes, le périnée, Touchers pelviens, le jet urinaire.

EXAMEN DE L'ABDOMEN : Il comprend successivement l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation, l'examen des orifices herniaires et les touchers pelviens.

L'inspection: existence de cicatrices d'intervention chirurgicale, une voussure, des signes inflammatoires.

La palpation: Des fosses lombaires: se fait à deux mains (réchauffées) sur un malade en décubitus dorsal, les bras le long du corps, les jambes demies fléchies. La main postérieure à plat entre la 12e côte et la crête iliaque, La main antérieure palpe profondément l'hypochondre et le flanc, normalement la fosse lombaire est souple et indolore. Parfois pathologique (une défense, une masse, un contact lombaire), et chez le sujet maigre le pôle inférieur du rein droit.

La palpation du trajet de la voie excrétrice puis de l'hypogastre (un globe vésical)

Examen des orifices herniaires

La Percussion : des lombes (douleur)

De la région hypogastrique (globe vésical)

L'auscultation : recherche un souffle dont on précise le siège, l'intensité et l'irradiation.

(Sténose d'une artère rénale, ou une fistule artérioveineuse)

Examen des organes génitaux externes.

Le méat urétral le contenu scrotal (le testicule, épiddidyme, le déférent)

Le toucher vaginal chez la femme: les paramètres, la taille de l'utérus et des ovaires, la qualité des muscles releveurs

L'examen au spéculum: expose le col utérin, éventuel prolapsus

Le toucher rectal : ++ surtout chez l'homme, le malade allongé, sur un plan dur, les cuisses fléchies (position gynécologique), vessie et rectum vide.

L'index introduit à l'intérieur dans l'ampoule rectale, l'autre main déprime la région hypogastrique. On appréciera la prostate qui est normalement faite de deux lobes latéraux indolore, souple symétrique séparés par un sillon médian.

Examen neurologique du périnée: la sensibilité, le tonus musculaire et les réflexes

Examen des urines: permet d'apprécier la qualité du jet (débit moyen > 10 ml/s, pour une quantité émise > 150 ml)), la quantité d'urine émise (capacité vésicale), l'aspect des urines, de rechercher un éventuel résidu post-mictionnel, et de pratiquer un examen prostatique ou gynécologique dans de bonnes conditions (vessie vide).

Examen biologique : urée, créatinine, FNS, bandelette urinaire, étude cyto bactériologiques des urines (ECBu), cytologie urinaire.