

Sémiologie Chirurgie Urologique

Anomalies de la diurèse :

Polyurie = diurèse trop élevée > **40 mL/kg/j** (pour 100kg > 4L/j)

nocturne/diurne = **20%** : anormale > **33%**

Oligurie = **URGENCE** : diurèse **200 - 500 mL/j**

Anurie = absence de diurèse < **200mL/j**

→ Anurie pré-rénale : quand - de perfusion rénale (choc hémodynamique ou cardiogénique)

→ Anurie rénale : quand affections du rein (mdc, toxique)

→ Anurie post-rénale : obstacle bilatéral voies excrétrices supérieures (cancer, calculs, fibrose)

Anomalies de la miction et de la continence :

miction normale :

- complète
- volontaire
- indolore
- moins d'une minute
- environ **350mL**
- **3-4h** de la miction précédente

Trouble remplissage

Pollakiurie = mictions fréquentes **4-6/j**

gênant le patient

Nycturie = besoin qui réveille

Urgenturie = besoin soudain - impérieux - irrépressible d'uriner

Syndrome clinique d'hyperactivité vésicale = Pollakiurie + Urgenturie

= mictions fréquentes et impérieuses

+/- brûlures mictionnelles

- IU
- cancer
- pathologies prostatiques
- corps étranger
- cause neuro

Ne pas confondre !!

- **Eurésie** = miction involontaire (peut être eurésie nocturne)
- **Incontinence urinaire** = fuite involontaire d'urine
 - IU **d'effort**
 - IU **par urgenturie** (accompagne ou précède l'incontinence)
 - IU **mixte** (d'effort et par urgenturie)

- IU **permanente**

Sensibilité vésicale normale = besoin progressivement croissant → jsq besoin pressant

- SV augmentée (précoce et persistant)
- SV réduite (sensation de remplissage sans besoin)
- SV absente (0 remplissage 0 besoin)

Trouble vidange

- Dysurie = difficulté à uriner
- Faiblesse du jet
- Jet en arrosoir
- Jet haché (interruption)
- Jet hésitant (tarde)
- Miction par poussée
- Gouttes terminales (achèvement progressif et lent)
- Brûlures mictionnelles

⇒ **Bilan urodynamique = débitmétrie**

Trouble phase post-mictionnelle

Sensation de vidange vésicale incomplète

Gouttes retardataires

Catalogue mictionnel =

- heures
- volume
- fuites
- contexte (urgent, ...)
- heures lever / coucher

Anomalies de l'aspect des urines :

Hématurie

= hématies dans les urines

→ origine uro ou néphro

- micro : ECBU
- macro

NP confondre :

- **saignement autre : hémorragie urètre**, règles, hémospemie
- aliments : chou, betterave, fruits rouges, rhubarbe
- médicaments : rifampicine, métronidazole, érythromycine, vitamine B12...
- hémoglobinurie, myoglobinurie, porphyrie, plomb, mercure, mélanurie, urobiline

En début ou fin de miction ?

- **Hématurie initiale = cervico-prostatique**
- **Hématurie terminale = vésicale**

- Hématurie totale = ???

Anomalies de l'aspect des urines

Hématurie

• Causes urologiques+++

Causes fréquentes	Causes rares	Contexte particulier
• Infections urinaires. • Tumeurs vésicales malignes. • Cancer du rein. • Lithiase rénale • Prostatite aiguë	• Polykystose rénale. • Tumeurs bénignes du rein. • Tumeurs de la voie excrétrice supérieure. • Cancer de la prostate • Nécrose papillaire. • Tuberculose. • Infarctus rénal. • Malformation vasculaire. • Bilharziose. • Surdosage en AVK. • Endométriose. • Exercice physique intense (diagnostic d'élimination).	• Traumatisme du rein et des voies urinaires.

• Causes néphrologiques

- Maladie de berger : néphropathie à dépôts mésangiaux d'IgA
- Glomérulonéphrite aiguë post infectieuse.
- Glomérulonéphrite membranoproliférative
- Glomérulonéphrite rapidement progressive avec prolifération capillaire
- Syndrome d'Alport : hématurie et surdité.

- Causes urologiques +++ fréquentes :

- IU
- tumeurs vésicales malignes
- cancer du sein
- lithiase rénale
- prostatite aiguë
- Causes néphrologiques :
 - maladie de berger : néphropathie à dépôts mésangiaux d'IgA
 - glomérulonéphrite aiguë post-infectieuse
 - glomérulonéphrite membranoproliférative
 - glomérulonéphrite rapidement progressive avec prolifération capillaire
 - syndrome d'alport : hématurie et surdité

Pyurie

purulent

→ infection urinaire

Chylurie

lactescent

→ parasitose

Pneumaturie

→ Fistule colo-vésicale / Fécalurie

Anomalies de l'érection :

Priapisme : érection prolongée - permanente - persistante
uniquement corps caverneux, **le gland est flaccide**

- médicaments

- pathos hémato : drépanocytose, polyglobulie
- traumatisme

Coude de verge : congénital, maladie de Lapeyronie (ironie, la paire !!!)

Impuissance :

- Vasculaire
- Endocrinien
- Neurologique
- Psychogène

Anomalies de l'éjaculation :

- Absence
- Rétrograde
- Précoce

Anomalie de l'aspect du sperme :

Hémospémie → **Prostatite, K de la prostate**

Pyospémie → infections chroniques prostatiques

Douleurs en urologie :

Colique néphrétique :

mise en tension des parois de la VES par une lithiase

- Douloureux
 - intense
 - **brutal**
 - **région lombaire**
 - irradiant vers les OGE + face interne de la cuisse
- Nausées, vomissements, iléus réflexe
- Absence d'attitude antalgique
- Agitation extrême
- Apyrétique le plus souvent

Douleurs hypogastriques :

Rétention aiguë d'urines :

- **Voûture sus-pubienne**
- mate
- globe vésical = augmentation du volume de la vessie

Causes : pathologie bénigne prostatique

Contextes chroniques : associées à douleurs inguinales/périnéales

Contexte anxieux, syndrome urétral

Épisodes de cystite : envie d'uriner douloureuse, associée à pollakiurie

Douleurs inguino-scrotales :

- **Survenue brutale :**
 - **Torsion du cordon spermatique :**
 - douleur intense
 - brutale
 - testicule ascensionné
 - signe de Prehn négatif (signe épидидymite : douleur disparaît quand on soulève le testicule)
 - abolition du réflexe crémastérien
 - pas de syndrome infectieux / pas d'infection urinaire
 - **Hernie inguinale étranglée :**
 - palpation des orifices herniaires
 - hernie non réductible
 - non impulsive
 - douloureuse
 - signes d'occlusion intestinale
- **Survenue progressive :**
 - **Épididymite :**
 - signes inflammatoires
 - gros épидидyme
 - **moins intense**
 - **pollakiurie**
 - **urgenterie**
 - **brûlures mictionnelles**

Anomalies du prépuce :

- **phimosis**
- **para-phimosis**

Anomalies de position du méat uréthral :

- **hypospadias**
- **épispadias**

Anomalies des bourses :

- **Tumeur testicule** : gros testicules mais **épидидyme normal**
- **Épididymite** aiguë/chronique : masse séparée du testicule
- **Hydrocèle** : grosse bourse, contenu non palpable, transillumination

[Examens complémentaires :]

Biologie :

- Créatinine
- Clairance (séparée 2 reins si besoin)

- ECBU
- Cytologie U
- Marqueurs tumoraux : PSA, K du testicule (HCG, alphaFP, LDH)
- Testostéronémie

Endoscopie : Urétrocystoscopie

Imagerie : Radio, TDM, ...

Bilan urodynamique :

- Débitmétrie
- Cystomanométrie
- Profilométrie
- EMG