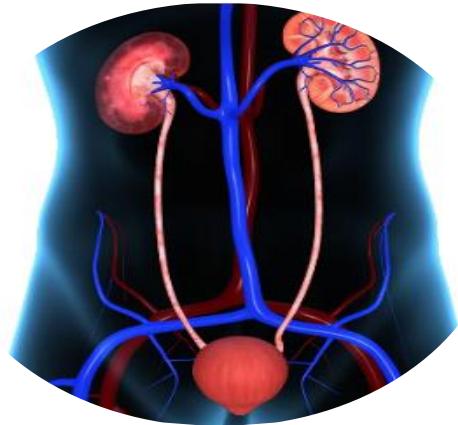


اللّٰهُمَّ إِنْ كُفِّنِي بِحَلَاكَ عَنْ حَرَامِكَ، وَإِنْ غُنِّيَ بِغُصَّلِكَ

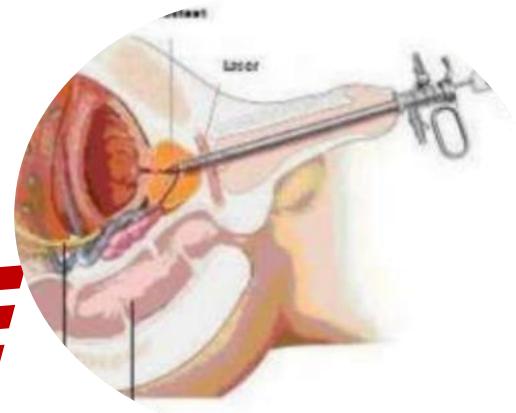


عَمَّنْ سِوَاكَ



SEMILOGIE

UROLOGIQUE



IMPORTANT

Fait par : Saad BARAKA

✉ : barsaad2004@gmail.com

L'examen clinique en urologie

Examen des urines et des fosses lombaires	L'examen de la région hypogastrique et Le toucher rectal	L'examen des organes génitaux externes chez l'homme	L'examen urogénital chez la femme et toucher vaginal
<p>1-Examen des urines :</p> <p>. L'examen des urines par bandelette urinaire fournit des informations précieuses : pH urinaire ; présence de globules rouges ; de globules blancs ; Nitrite (en cas d'infection des voies urinaires) ; Glucose (en cas d'hyperglycémie) ; cétone (en cas de acidocétose) ; protéine.</p> <p>2-L'examen des fosses lombaires :</p> <p>a-L'inspection : sujet en position assise et torse nu. On recherche une voissure de la fosse lombaire ou du flanc, une fistule lombaire, l'oedème et la rougeur, une cicatrice d'une ancienne lombotomie</p> <p>b-La palpation : patient en décubitus dorsal ; sans oreiller, genoux fléchis,</p> <p>-A l'état normal la fosse lombaire est souple, indolore, et libre. Le rein normal n'est pas palpable au niveau de la fosse lombaire</p>	<p>1-L'examen de la région HG :</p> <p>-Patient en décubitus dorsal. La vessie vide se cache derrière la symphyse pubienne, ni visible, ni palpable. devient accessible à l'examen quand elle est distendue (réention d'urine).</p> <p>a-L'inspection : recherche une fistule ; une cicatrice ; une voissure qui correspond à une masse vésicale ou un globe vésical ; des signes inflammatoires ; une malformation (exemple l'extrophie vésicale)</p> <p>b-La palpation : percevoir une masse hypogastrique rénitrante, élastique, lisse et qui plonge derrière la symphyse pubienne (correspondant à une vessie pleine).</p> <p>c-La percussion : peut révéler une matité (à convexité supérieure) en cas de globe vésical</p> <p>2- Toucher rectal :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Position genu-pectorale ou en décubitus dorsal cuisses fléchies et bien écartées. -Sa consistance est souple et sa palpation est indolore -Les vésicules séminales ne sont pas palpables 	<p>a-L 'inspection : l'aspect de la pilosité pubienne a une forme losangique, ainsi que l'aspect du scrotum, un méat en position hypospade et un écoulement urétral</p> <p>b-Palpation : les deux testicules sont sensibles à la pression</p> <ul style="list-style-type: none"> -La vaginale qui est la séreuse d'enveloppe du testicule est pincée entre deux doigts. -L'épididyme qui est couché sur le bord postérosupérieur du testicule, -Le segment inférieur du canal déférent, il donne une sensation particulière de « corde à fouet ». <p>c-L 'inspection : associée à la palpation de la verge va examiner le méat uréthral.(sujet est circoncis)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Le prépuce ne peut être rétracté derrière le gland = d'un phimosis. -Le prépuce est déjà rétracté et resserré,, il s'agit d'un paraphimosis 	<p>1-Examen UG de la femme :</p> <p>a-L 'inspection de la vulve : évalue la trophicité de la vulve ; recherche une ptose de la vessie (cystocèle grade II ou III) ; un prolapsus extériorisé</p> <p>b-L 'inspection du méat uréthral : recherche une sténose ; une caroncule du méat uréthral ; une incontinence urinaire permanente sans effort ou à l'effort de toux</p> <p>c-L'examen sous valve avec une valve appliquée contre la paroi postérieure : rechercher un diverticule sous uréthral ; une cystocèle ; un prolapsus utérin.</p> <p>-L'examen se fait par une valve appliquée sur la paroi antérieure pour rechercher une rectocèle.</p> <p>2-Toucher vaginal :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sujet en position genu-pectorale ou en décubitus. -Permet la palpation de la prostate (souple et indolore) et la base de la vessie -Les ovaires normaux peuvent parfois être perçus

Colique néphrétique :

A propos :	Physiopathologie de la colique néphrétique :	Examen physique :
<p>-Douleur de la fosse lombaire et de l'angle costo-vertébral .en tension brutale de la voie excrétrice en amont d'un obstacle.</p> <p>-La colique néphrétique est une urgence médicochirurgicale.</p> <p>-Cette douleur est unilatérale ; d'apparition brutale avec évolution par crises paroxystiques et sans position antalgique.</p> <p>-S'associer à des signes urinaires(polakiurie ..) et digestives (vomissements...)</p> <p>-Irradie de haut en bas et vers l'avant le long de l'uretère vers la région abdomino-inguinale (racine de la cuisse et organes génitaux externes), vers l'hypochondre, l'ombilic et peut diffuser à tout l'abdomen.</p>	<p>1-Physiopathologie de l'obstruction progressive de la voie excrétrice supérieure :</p> <p>a-conséquences anatomiques : une dilatation et, à moindre degré, un allongement de l'uretère, il se produit une hypertrophie , une dégénérescence collagène</p> <p>b-. Les conséquences fonctionnelles sur le rein :</p> <ul style="list-style-type: none"> -L'hyperpression intra rénale entraîne une réduction du débit sanguin rénal. -L'obstruction chronique émousse les papilles et lame le parenchyme. <p>2- Physiopathologie de l'obstruction aigue de la voie excrétrice supérieure :</p> <ul style="list-style-type: none"> -la colique néphrétique est secondaire à un obstacle brusque sur la voie excrétrice - une augmentation du péristaltisme, une contraction isotonique prolongée -Une production de prostaglandines 	<p>1-Interrogatoire :</p> <p>-Recherche de :</p> <p>.Facteurs favorisant la colique néphrétique :</p> <ul style="list-style-type: none"> -notion de voyage récent et prolongé -séjour en pays chaud -travail en ambiance surchauffée ; -Immobilisation prolongée - défaut d'hydratation ; - modification de l'alimentation <p>(Alimentation riche en produit laitiers, en protéines animales, en oxalate « chocolat, fruits secs »).</p> <p>2- Examen général :</p> <p>-Mesurer la température, la fréquence respiratoire, et évalue l'état de coloration des conjonctives.</p>
Diagnostic différentiel	Evaluer la gravité de la colique néphrétique	Les étiologies de la colique néphrétique
<p>-Il faut d'abord éliminer les douleurs ostéo-articulaires</p> <p>- Une appendicite de la fosse iliaque droite</p> <p>- La cholécystite de l'hypocondre droit</p> <p>- La pancréatite dans la partie supérieure de l'abdomen s'accompagne de nausées et de vomissements.</p> <p>- La grossesse extra-utérine irradiant de l'épaule et des pertes de sang noirâtres ; pâleur et malaises</p>	<p>-Une fièvre : elle traduit la coexistence d'une infection rénale associée à l'obstruction. Il s'agit d'une pyélonéphrite obstructive</p> <p>-L'absence d'émission d'urines appelée « anurie »</p> <p>-Douleur persistante et intense malgré un traitement antalgique bien conduit. Il s'agit d'une colique néphrétique hyperalgique</p>	<p>-La pathologie lithiasique</p> <p>- Les malformations des voies urinaires (un syndrome de la jonction pyélo-urétérale - une urétérocèle)</p> <p>-La pathologie inflammatoire (les sténoses urétérales d'origine tuberculeuse - les sténoses du méat urétral)</p> <p>-La pathologie tumorale (La tumeur de la voie excrétrice et digestive colique)</p> <p>-La pathologie du rétro-péritoine (la fibrose rétro-péritonéale - les tumeurs rétro-péritonéales)</p>

Hématurie

A propos	Diagnostic différentielle	Examen physique
<p>-L'hématurie signifie la présence de sang dans les urines au moment de la miction et la présence d'au moins 10 globules rouges par mm3</p> <p>a-Interrogatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Recherche de : <ul style="list-style-type: none"> .La consommation de substances donnant une coloration rouge aux urines (Rifampicine). .FDR de cancer et les ANTCDS 	<p>-La contamination des urines par du sang provenant d'une urétrorragie ou de métrorragie, de menstruation.</p> <p>-L'urétrorragie un écoulement de sang par le méat urétral en dehors de toute miction.</p> <ul style="list-style-type: none"> - la coloration rouge des urines par les médicaments (prise de Rifampicine, méthronidazole, Vit B12, érythromycine) - la coloration rouge des urines par les pigments sanguins (myoglobinurie, hémoglobinurie). - la coloration rouge des urines par les aliments (betteraves). 	<p>a-L'examen général :</p> <p>L'examen des urines : dans un bocal.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Coloration rosée ou rouge =hématurie franche et coloration brunâtre = le sang a séjourné dans la vessie - Préciser la chronologie par l'épreuve des 3 verres qui permet d'orienter l'origine de l'hématurie : -Début de miction (initiale)= origine sous-vésicale -Fin de miction(terminale)= origine vésicale -Toute la miction(totale) = appareil urinaire <p>b-L'examen des fosses lombaires :</p> <p>Contact lombaire = tumeur renale et l'branelement = lithiasse urinaire</p> <p>c-L'examen de la région hypogastrique :</p> <ul style="list-style-type: none"> .révéler un globe vésical <p>d-L'examen des organes génitaux externes :</p> <ul style="list-style-type: none"> .Recherche d'un nodule epididymaire = tuberculose uro-génitale. <p>e- Les touchers pelviens : cancer de prostate, ou de vessie.</p>
<p>- les signes de gravité et différence entre l'origine néphrologique ou urologique</p>		<p>Rechercher une étiologie</p>
<p>1-Les signes de gravités :</p> <p>-Des signes de choc hémorragique : hypotension, tachycardie, troubles de conscience, polypnée, sueurs, agitation, sensation de soif</p> <p>2-Différence :</p> <p>a-origine néphrologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patient d'âge jeune, ayant des infections ORL à répétition, ou des antécédents de maladie système - L'hématurie est sans caillots, - s'associe à des œdèmes avec bouffissure du visage (syndrome néphrotique), une HTA , s'associe à une protéinurie objectivée sur l'examen à la bandelette urinaire. <p>b-origine urologique : - caillots sanguins,</p> <ul style="list-style-type: none"> - douleurs (lombaires ou de l'hypogastre), - Troubles urinaires du bas appareil. 		<p>a- Les étiologies de l'hématurie initiale : pathologie de la prostate</p> <p>b- Les étiologies de l'hématurie terminale :</p> <ul style="list-style-type: none"> -La tumeur de vessie, généralement chez un homme de 50 ans, tabagique avec notion d'épisode d'hématurie avec caillots. -Les cystites aigues chez la femme ainsi les lithiasées de la vessie <p>c- Les étiologies de l'hématurie totale :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Les tumeurs des voies excrétrices : chez l'homme âgé de 65 ans en moyenne. Le tabagisme est le facteur de risque le plus important. - Le cancer du rein - Les fistules artério-veineuses intra rénales : rare - L'irritation de la muqueuse urothéliale généralement microscopique

Pollakiurie

A propos :	Diagnostic différentielle	Interrogatoire
<p>-Augmentation du nombre des mictions (supérieures à huit mictions par 24 heures) et peu abondantes (< 100 ml).</p> <p>- La nycturie est évaluée en nombre de levers nocturnes pour uriner.</p> <p>-Besoin mictionnel soudain impossible à inhiber : pertes d'urine involontaires, on parle d'urgenturie</p>	<p>-La pollakiurie (volume faible de chaque miction) de la polyurie (volume uriné important).</p> <p>- La nycturie de l'inversion de diurèse par perturbation de la sécrétion nocturne d'hormone anti-diurétique. C'est le calendrier mictionnel qui en fait la preuve.</p>	<p>-Recherche de :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Les habitudes toxiques,ANTCDS -Les prises médicamenteuses (neuroleptiques, antidépresseurs, antiparkinsoniens, alpha-modulateurs, diurétiques...) <p>-On demande au patient de préciser :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Le caractère diurne ou nocturne et le nombre de levers . S'aider d'un calendrier mictionnel. (pendant 3 jours) . Le caractère permanent ou variable de la pollakiurie , le retentissement . Les autres troubles urinaires et digestives et neurologiques
Examen physique	La gravité de la pollakiurie	Le diagnostic étiologique
<p>a-L'examen de la région HG : Recherche de globe vésical ou de masse hypogastrique</p> <p>b-Le toucher rectal : évalue si la base de vessie est souple.</p> <p>c-L'examen gynécologique : chez la femme, il est indispensable de pratiquer un examen gynécologique qui comporte deux temps.</p> <ul style="list-style-type: none"> . L'examen sous valve recherche une cystocèle ; un diverticule sous uréthral ; une caroncule de l'urètre ; une tumeur du col utérin . Le toucher vaginal apprécie la consistance du col utérin, et la présence d'irrégularités. apprécie l'état des culs de sac vaginaux . recherche une masse latérotutérine. <p>d-L'examen neurologique est capital : apprécier la sensibilité du périnée, le reflexe anal, le reflexe crémastérien.</p>	<p>-évaluer par Le nombre de mictions quotidiennes et l'existence d'une incontinence urinaire</p> <p>A-par le calendrier mictionnel qui regroupe :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La date et l'heure exacte des mictions, - Le volume des urines à chaque miction - La nature de l'envie. - Si fuite d'urine, il faut préciser sa quantité (petite, moyenne, ou importante) ; et l'heure de survenue. - Circonstances de la fuite : après un effort de toux ; au cours de la marche, pendant le sommeil, ou toute autre circonstance - Les apports hydriques, la quantité buée et l'heure 	<p>a- La pollakiurie sensitive par irritation vésicale. :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Chez la femme = cystite infectieuse ou interstitielle, calcul de vessie, tumeur de vessie -Chez l'homme = Hyperplasie bénigne de prostate, cancer de prostate, prostatite et Tumeur urothéliale, calcul enclavé <p>b- La pollakiurie par réduction de la capacité vésicale :</p> <ul style="list-style-type: none"> -La petite vessie = bilharziose, tuberculose, tumeur de vessie (CIS), ou après radiothérapie pelvienne - La réduction de la capacité vésicale = tumeur pelvienne <p>c- La pollakiurie par rétention vésicale chronique incomplète :</p> <ul style="list-style-type: none"> -La vidange vésicale étant incomplète, la fréquence des mictions dépend de l'importance du résidu post mictionnel. <p>d- La pollakiurie psychogène :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sensorielle (émotion, froid...) ou précaution (chez les personnes incontinentes)

Dysurie

A propos	Interrogatoire	Examen physique :
<p>La difficulté pour uriner avec diminution de la force du jet et augmentation du temps mictionnel.</p> <ul style="list-style-type: none"> -S'accompagne d'une baisse du débit urinaire. - la traduction clinique des anomalies de la vidange vésicale -Se manifeste par une gêne à la miction. engendrée par un obstacle anatomique ou par une obstruction fonctionnelle. 	<p>a-Recherche de : ANTCD neurologique et urologique et du diabète ainsi que la prise médicamenteuse</p> <p>b-demander plus de précisions concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la poussée abdominale - Existence de brûlures en cours de mictions - Présence ou non de gouttes retardataires - Sensation de vidange vésicale incomplète - Notion de vidange en un ou plusieurs temps ; - Existence d'un jet continu ou une miction goutte à goutte - Qualité du jet : fort ; moyen ou faible ; <p>c-Préciser si la dysurie est :</p> <ul style="list-style-type: none"> - initiale : une initialisation difficile de la miction (dysurie) - terminale : poussée abdominale en fin de miction ; - complète jet est faible tout au long de la miction, 	<ul style="list-style-type: none"> -Examen neurologique explore les tonus sphinctériens, le reflexe bulbo-caverneux, le reflexe clitorido-anal. -Examen de la motricité et de la sensibilité permet de détecter une atteinte neurologique. -L'examen uro-génital : rétention vésicale chronique sous la forme d'un globe vésical indolore. -L'examen du méat : Le palper urétral = sténose méatique
Rechercher la rétention d'urine	Rechercher une étiologie de la dysurie	
<p>-L'impossibilité d'émettre des urines.</p> <p>a- La rétention aigue d'urine : On la reconnaît à l'examen clinique qui retrouve un globe vésical -Peut se compliquer de retentissement sur le haut appareil.</p> <p>b- La rétention chronique se manifeste par la présence d'un globe vésical indolore</p>	<p>a-Dysuries par obstacle :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1-Chez l'homme - Maladies de la prostate : Hyperplasie bénigne de la prostate; cancer de la prostate ; prostatite aiguë - Affections de l'urètre : sténose de l'urètre, CE dans l'urètre - Atteintes du col vésical : Sclérose du col vésical -Tumeurs de vessie calcul vésical; les caillots de sang. 2-Chez la femme : le prolapsus pelvien 3-Chez l'enfant : -Valves de l'urètre postérieur. - Rétrécissements congénitaux de l'urètre - Phimosis congénital; 	<p>b. Les dysuries sans obstacle sont représentées par :</p> <p>1-Les atteintes neurologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> a-centrales ; traumatisme médullaire, compression médullaire, sclérose en plaque, maladie de Parkinson b-périphériques : diabète, éthylosme chronique, lésion chirurgicale après exérèse pelvienne étendue <p>2-Causes fonctionnelles:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dyssynergie vésico-sphinctérienne , Maladie du col, Hypo- ou contractilité vésicale , -Vessie « claquée » après distension vésicale; - Dysurie réflexe secondaire à une pathologie anorectale (hémorroïdes, fécalome...); <p>3-Les causes iatrogènes après prise médicamenteuse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les causes médicamenteuses(alphastimulants et anticholinergiques - Prise de parasympatholytiques diminuent la contraction du détrusor. et des Alpha stimulants ferment le col vésical et la partie proximale de l'urètre prostatique.

Gros Rein

A propos :	Les étiologies		
-Rein augmenté de volume	Avec fièvre	Sans fièvre	Avec hématurie
<p>a-Diagnostic clinique</p> <p>✓ Contact lombaire, Ballottement rénal</p> <p>✓ Sonorité colique</p> <p>b-Diagnostic radiologique</p> <p>✓ Échographie, UIV, TDM</p> <p>c-Diagnostic différentiel :</p> <p>1-A droite</p> <p>✓ Hépatomégalie</p> <p>✓ Grosse vésicule biliaire</p> <p>✓ Tumeur colique ou mésentérique</p> <p>2- A gauche</p> <p>✓ Tumeur pancréatique (maligne, Kyste ou faux kyste du pancréas)</p> <p>✓ Splénomégalie</p> <p>✓ Tumeur gastrique</p> <p>✓ Tumeur colique ou mésentérique</p>	<p>✓ Pyélonéphrite aiguë</p> <p>✓ Pyonéphrose</p> <p>✓ Kyste infecté</p> <p>✓ Phlegmon péri néphrétique</p>	<p>✓ Cancer du rein</p> <p>✓ Hydronephrose (obstruction, malformation [JPU])</p> <p>✓ Kyste (solitaire, polykystose, kyste hydatique, ...)</p> <p>✓ Hypertrophie compensatrice</p>	<p>✓ Cancer du rein</p> <p>✓ Tumeur de la voie excrétrice supérieure</p> <p>✓ Tuberculose urinaire</p> <p>✓ Hématome péri rénal</p>

Retention aigue des urines

A propos	Diagnostic étiologique	
<p>-L'impossibilité totale et brutale d'uriner alors que la vessie est pleine.</p> <p>-C'est une urgence thérapeutique imposant un drainage vésical pour soulager le patient +rapidement possible.</p> <p>-Examen de l'abdomen : présence d'un globe vésical dououreuse à la palpation réalisant une matité suspubienne à la percussion.</p> <p>L'échographie confirme le diagnostic : sur la présence d'un résidu post mictionnel important.</p> <p>a-Diagnostic différentielle :</p> <p>Anurie (absence d'excrétion des urines par les reins).</p> <p>-En cas d'anurie, il n'y a pas de globe vésical, ni d'envie d'uriner, ni douleur pelvienne associée.</p>	<p>Hypertrophie de la prostate</p> <p>-Augmentation de la taille de la prostate (définition anatomique)</p> <p>-Patient présente des troubles urinaires du bas appareil urinaire évoluant depuis plusieurs jours, prenant la forme de : Pollakiurie - Urgenturie – Dysurie - Sensation de miction incomplète -La palpation abdominale retrouve le globe vésical sous la forme de tuméfaction mate, rénitente, à convexité supérieure, douloureux ou pas.</p>	<p>Sténose de l'urètre</p> <p>-Rétrécissement du canal uréthral.</p> <p>-Patient se plaint de dysurie, une sensation de vidange incomplète, des envies mictionnelles fréquentes et pressantes ; des douleurs ou brûlures mictionnels.</p> <p>-L'examen des OGE recherche <i>une fibrose</i> sur le trajet de l'urètre ; une fistule uréthrale.</p>

Grosses bourses

A propos	Les étiologies		
-Augmentation du volume des bourses	Aigue		Chronique
	Avec fièvre	Sans fièvre	
<p>1- diagnostic différentielle :</p> <p>-Hernie inguino-scrotale:</p> <p>-tuméfaction inguino-scrotale : réductible par le doigt ; indolore, impulsive à la toux</p>	<p>➤ Orchi-épididymite aiguë</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Douleur scrotale ✓ Troubles mictionnels, urinaires ✓ Fièvre: 39-40° c ✓ Gros testicule douloureux (difficile à examiner) <p>➤ Abcès scrotal</p> <p>➤ Phlegmon scrotal ou périnéo-scrotal</p> <p>➤ Torsion de l'hydatide de Morgani</p> <p>➤ Cancer du testicule, tuberculose (parfois)</p>	<p>➤ Torsion du cordon spermatique</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Début aigu ✓ Douleur scrotale ou inguinale violente et brutale ✓ Pas de signes infectieux, ni mictionnels ou urinaires ✓ Testicule ascensionné (signe du Gouverneur), douloureux à la palpation ✓ Cordon épaisse sensible en sus testiculaire ✓ Tardivement, œdème + signes inflammatoires locaux 	<p>1-Cancer du testicule :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Masse testiculaire, dure, indolore, d'installation progressive ➤ Rarement contexte, inflammatoire et douloureux ➤ Transillumination (-) (caractère solide) ➤ Examen des aires ganglionnaires ➤ Échographie + marqueurs tumoraux (αFP, β HCG, LDH) ➤ Orchidectomie (diagnostique), Bilan d'extension (TDM + Radio poumon) <p>2-Hydrocèle vaginale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Épanchement liquide dans la cavité de la vaginale testiculaire ➤ Grosse bourse à développement insidieux ➤ Masse fluctuante lisse, indolore ➤ Transillumination (+) (contenu liquide) ➤ Testicule et annexes normaux <p>3-Varicocèle :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dilatation variqueuse de la veine spermatique, due à un reflux veineux par insuffisance valvulaire ➤ En général, à gauche : Retrouve des images hypoéchogènes rétro testiculaire ou non à un reflux ➤ Examen clinique: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Debout: Asymétrie veineuse turgescence ❖ Palpation: tuméfaction variqueuse « intestin de Poulet », impulsive à la toux et à la manœuvre de VALSALVA ✓ Couché: affaissement de la tuméfaction, avec un testicule mou à la palpation ➤ Échographie + doppler, avec manœuvre de VALSALVA Nodule epididymaire ➤ Queue: epididymite chronique ➤ Bipolaire : tuberculose, aspect en « cimier de casque » ■ Kyste epididymaire: échographie et Kyste du cordon spermatique

Examen para-clinique

Biologiques	Radiologiques	Échographie		
<p>-Examen cytobactériologique des urines (ECBU) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aspect, ✓ Nombre de leucocytes, Numération des germes, ✓ Examen direct, avec Culture <p>■ Créatinine et urée sanguines - Ionogramme sanguin (Na+, K+, Cl-, R.A, ...)</p> <p>■ Calcémie, phosphorémie, uricémie, parathormone</p> <p>■ NFS - Marqueurs tumoraux - Hormonologie</p> <p>■ Bandelettes réactives urinaires (Labstix®, Uristix®)</p> <p>■ Cytologie urinaire (cellules tumorales)</p> <p>■ Mesure dans les urines de 24h:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Échographie - Urographie intra-veineuse (UIV) ■ Tomodensitométrie (TDM), Uro-TDM - IRM, Uro-IRM ■ Artériographie - Opacifications (*Obstacle de la voie excrétrice) <ul style="list-style-type: none"> > Drainage thérapeutique) > Urètre: UCR (urétrocystographie rétrograde) > Vessie: Cystographie = ■ Opacification de la vessie, Technique : Sus-pubienne, Sondage vésical ■ Impératif = urines stériles, Indication: Reflux vésico-uréteral > Uretère: UPR (urétéro-pyélographie rétrograde) > Cavités rénales: Pyélographie descendante 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Examen anodin ■ Réalisation facile ■ Répétitif ■ Intérêt diagnostique, thérapeutique et évolutif ■ Indications larges 		
Morphologiques	Fonctionnelle			
<p>1-Urographie intraveineuse (UIV) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Intérêt > Fonctionnel > Morphologique ■ Contre-indications > Grossesse > Allergie à l'iode > Myélome > Insuffisance rénale <p>2-Artériographie rénale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Opacification de l'artère rénale ■ Place de plus en plus limitée ■ Essor (TDM, IRM..) > Traitement des sténoses artérielles > Embolisation pour hémorragie post traumatique, pour rupture vasculaire tumorale, préopératoire d'une tumeur > Malformations artéio-veineuses congénitales ou acquises 	<p>Tomodensitométrie (TDM) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Rayons X ■ Imagerie en mode spiralé ↗ reconstruction en 3D ■ Étudie la densité tissulaire ■ Avec et sans injection de contraste ■ Plusieurs applications en urologie : > Tumeurs > Lithiasis > Traumatisme > Infection urinaire > Rétro péritoine <p>IRM :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Basée sur la création d'un très haut champ magnétique ■ Contre-indications: > Pacemaker > Neurostimulateur > Pompes implantables > Tous les systèmes à aimant ■ Avantages: > Exploration morphologique et fonctionnelle > Images dans les 3 plans de l'espace > Grande souplesse de réalisation > Peu de contre-indications > Absence d'irradiation 	<p>1- Urétrocystoscopie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Explore: > Urètre (antérieur et postérieur) > Vessie (col, trigone, cavité vésicale) - RIGIDE ou SOUPLE et Urines stériles ■ Diagnostique, thérapeutique <p>2-Urétrocystographie rétrograde (UCR) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Opacification rétrograde de l'urètre ■ Risque infectieux ↗ urines stériles ■ Technique ■ Indications: (obstacle sous vésical) > Sténose de l'urètre - Tumeur de l'urètre > Valves de l'urètre postérieur <p>3-Urétero-pyélographie rétrograde (UPR) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Opacification de l'uretère et des cavités pyélo-calicielles par voie rétrograde par cathétérisme du méat uréteral lors d'une cystoscopie et Urines stériles ■ Indications: > Obstacles uréteraux (Sténose (siège, étendue, nombre) ✓ Lithiasis (uratique)) > Tumeur urothéliale 	<p>Urodynamique</p>	<p>Scintigraphie</p>
		<p>1-Urodynamiques étudient le fonctionnement vésico-sphinctérien</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cystomanométrie > Capacité vésicale > Variations de pression vésicale et urétrale ■ Débitmètrie <p>Indications</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exploration d'une dysurie - Exploration d'une pollakiurie - Exploration d'une incontinence d'urines - Vessie neurologique 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rénale > Apprécie la fonction rénale (comparative) > Statique (DMSA) > Dynamique (DTPA) : obstruction ■ Osseuse (bilan d'extension) > Cancer de prostate > Cancer du rein 	