

SÉMIOLOGIE UROLOGIQUE

-> Colique néphrétique :

- Liée à la mise en tension aigue des cavités rénales
- Sans position antalgique
- Irradiant de la fosse lombaire vers le bas en dedans (OGE) et la racine de la cuisse
- Souvent causée par une lithiase urinaire
- Peut s'accompagner de signes digestifs
- Peut se compliquer de fièvre
- Douleur d'installation brutale (aigue)
- Douleur de siège lombaire
- Douleur à évolution paroxystique (discontinue)
- Augmente en cas de prise de boissons abondantes

-> Signe de gravité lors d'une colique néphrétique :

- La fièvre $>38^{\circ}\text{C}$
- L'anurie
- Douleur intense continue

-> Étiologies de la colique néphrétique :

- Lithiase urétérale
- Sténose urétérale d'origine tuberculeuse
- Tumeur de la voie excrétrice supérieure
- Tumeur rétropéritonéale

-> L'hématurie :

- Est la présence d'hématies dans les urines (>10 GR par mm^3)
- Peut être en rapport avec une lésion de l'urothélium
- Ne traduit pas une infection urinaire
- Nécessite une cystoscopie à la recherche d'une étiologie
- L'urétrorragie n'en est pas une étiologie, c'est un diagnostic différentiel

-> L'hématurie terminale :

- Tumeur de la vessie
- Infection de la vessie

-> Une hématurie caillotante doit évoquer :

- Tumeur rénale
- Tumeur des voies excrétrice supérieures
- Tuberculose uro-génitale
- Tumeur de la vessie
- Lithiase urinaire

-> Pollakiurie :

- Miction anormalement fréquente
- Plus de 8 mictions en 24h et peu abondantes ($<100\text{ml}$)
- Plus de 6 fois le jour et 2 fois la nuit
- Peut-être en rapport avec une tuberculose urinaire
- Peut-être en rapport avec une tumeur de la vessie
- Peut-être secondaire à un obstacle cervico-urétral
- Peut-être d'origine neurologique
- N'évoque pas une lithiase rénale
- Peut être évalué par : examen urodynamique

-> La dysurie :

- Est une difficulté à uriner
- Mieux objectivée par débitmètrie
- L'adénome de la prostate et sténose urétrale en sont des étiologies

-> Parmi les manifestations de la dysurie :

- Un retard de l'initiation de la miction
- Une diminution de la force du jet
- Une miction obtenue par poussée abdominale
- La sensation de vidange vésicale incomplète

-> Examen urodynamique :

- L'exploration de la dysurie
- L'exploration de la pollakiurie
- L'exploration d'une incontinence d'urines
- L'exploration d'une vessie neurologique
- Mesure le débit urinaire (Qmax)
- Mesure les pressions intra-vésicales

-> La miction impérieuse est :

- Un besoin pressant pour uriner
- Un besoin d'uriner difficile à contrôler
- Une urgence mictionnelle

-> Eléments cliniques orientant vers un gros rein :

- Le contact lombaire
- Ballotement rénal
- Sonorité colique

-> Les étiologies d'un gros rein :

- Sans fièvre : Cancer du rein, Hydronéphrose, Kyste non infecté ou solitaire, Hypertrophie compensative
- Avec fièvre : Pyo-néphrose, Phlegmon péri-rénal, Pyélonéphrite, abcès rénal
- Avec hématurie : Cancer rénal, Tumeur de la voie excrétrice supérieure

-> Examen normal du scrotum :

- Les testicules sont sensibles à la pression
- La vaginale peut être pincée par les doigts
- La tête épидidymaire peut être saisie entre 2 doigts sur le pôle supérieur du testicule
- Le sillon inter épидidymo-testiculaire est identifiable
- Le canal déférent est reconnu par sa texture donnant une sensation de fil de fer à la palpation

-> La douleur testiculaire :

- Est de siège scrotal
- A irradiation ascendante
- Elle dure

-> Etiologie de grosse bourse aigue :

- Avec fièvre : abcès scrotal, orché-épididymite aigue, phlegmon scrotal ou périnéo-scrotal
- Sans fièvre : Torsion du cordon spermatique, Traumatisme scrotal, Cancer du testicule (rarement tuberculose), Torsion de l'hydrotide de Morgani

-> Etiologies douleur scrotale aigue :

- Torsion du cordon spermatique
- Orché-épididymite aigue
- Traumatisme scrotal
- Hernie inguino-scrotale étranglée
- Une orchite
- Torsion testiculaire

-> Torsion testiculaire :

- Est plus fréquente chez l'adolescent
- Se manifeste à l'inspection par un testicule ascensionné
- Se manifeste par une sensibilité extrême du scrotum à la palpation

- Douleur scrotale ou inguinale violente et brutale
- Grosse bourse aigue sans fièvre
- Nécessite une détorsion d'urgence
- Le diagnostic est confirmé par échographie scrotale
- Le TTT est chirurgical

-> Hydrocèle vaginale :

- Est un épanchement liquidien dans la cavité vaginale du testicule
- C'est une grosse bourse chronique
- Masse testiculaire lisse et indolore
- Testicule et annexes normaux
- Avec transillumination positif (contient du liquide)

-> Les signes obstructifs du bas appareil urinaire :

- La rétention d'urines
- La dysurie
- Pollakiurie

-> L'incontinence d'urines :

- Est une perte involontaire d'urines
- Peut survenir à l'effort
- Peut-être secondaire à une fistule vésico-vaginale ou urétéraux vaginal
- Peut survenir par impériosité
- Vraie quand l'écoulement se fait par les voies naturelles
- Fausse quand l'écoulement se fait en dehors des voies naturelles (fistule, abouchement ectopique de l'uretère)