

Sémiologie de l'appareil urinaire

Pr. BAHAMIDA

Sémiologie de l'appareil urinaire

- **Interrogatoire**
- **Examen clinique**
- **Examen des urines**
- **Examens complémentaires**

1. Signes fonctionnels

- Douleur
- Troubles de la miction
- Les anomalies quantitatives de la diurèse

2. Examen clinique clinique

- Recherche d'un gros rein
- Recherche des points douloureux urétéraux.
- Recherche d'un globe vésical .

3. Examen des urines

4. Autres examens complémentaires

- Biochimique
- Radiologiques: ASP,, échographie abdomino pelvienne, Cystoscopie, Uroscanner , endoscopie ,scintigraphie rénale

Signes fonctionnels

Les douleurs

1 – Douleurs du haut appareil

la colique néphrétique

- Douleur paroxystique unilatérale siégeant dans l'angle costo-lombaire, irradiant vers les organes génitaux .
- une contraction des fibres musculaires des voies excrétrices suite à leur obstruction.
- Caractéristiques de la douleur :
 - **Siège**: lombo-iliaque unilatéral, irradiation inguino-génitale
 - **Type** : déchirement, brûlure ou pique Intensité : extrême, atroce, permanente avec paroxysme
 - **Patient agité, anxieux**, sans position antalgique «colique frénétique»
 - **Signes accompagnateurs**: oligurie, hématurie, brûlure mictionnelle

a) Circonstances déclenchantes:

- Microtraumatismes (long Voyage)
- Cure thermale
- Ecart alimentaire: repas riche en protéine

b) Les prodromes :

- Douleurs lombaire vagues
- Brûlures mictionnelles
- Les hématuries

c) Début :

- Brutal ,
- associe la douleur et les troubles de la miction

d) Examen clinique : normal, pas de contracture abdominale

e) Evolution de la crise :

Favorable, en quelques heures, 8 h en moyenne

La fin de la crise marquée par une polyurie (débâcle urinaire +/-élimination d'un calcul).

f) Examens complémentaires:

*Moment de la crise : AS

: opacité d'un calcul

*Après la crise : Uro-TDM met en évidence les

calculs

Après la crise : Uro-TDM met en évidence:

les calculs

Caillot sanguin qui migre dans les voies urinaires Coudre urétérale

g) *Causes:*

- Lithiase urinaire +++
- Caillot sanguin qui migre dans les voies urinaires
- Coudure urétérale

2. Douleurs du bas appareil

Douleurs pelviennes

- **La cystalgie** La douleur d'origine vésicale est déclenchée ou renforcée par la miction et/ou s'accompagne de troubles mictionnels.
- Les douleurs prostatiques
- Testiculaires: penser à la torsion testiculaire +++ urgence chirurgicale
- Les brûlures mictionnelles

La cystite : la plus fréquente

- Irritation de la vessie .
- Brûlures urinaires
- Pesanteur pelvienne
- Mictions fréquentes ou pollakiurie parfois hématurie

Causes : infections urinaires basse ou hautes

Troubles de la miction

La miction et ses troubles

- **La miction normale**: volontaire, ne nécessite pas de poussée abdominale et permet à la vessie de se vider complètement .
- fréquence des mictions est d'environ 4 à 6 fois la journée et **01 fois** la nuit.
- ON peut remplir la vessie jusqu'à 500 à 600 ml, mais l'envie d'uriner est ressentie à partir de 300 ml

Les anomalies de la miction:

a) Dysurie

- Gène à l'évacuation vésicale par un obstacle organique ou fonctionnel, miction de petit volume (goutte à goutte)
- Impossibilité de vider totalement la vessie au cours d'une miction normale
La miction est longue à initier, le jet est faible, le patient doit pousser
- **Causes** : Sténoses urétrales
Hypertrophie prostatique
Maladie du col vésical

c) Pollakiurie

- Augmentation de la fréquence des mictions.
- Ces mictions peuvent être normales ou réduites en volume Nocturne+++ ,
2ème moitié de la nuit
- Pas d'augmentation de la diurèse
- En rapport avec:
 - polyurie : excès de boisson, diabète, insuffisance rénale
 - réduction de la capacité vésicale : anomalie vessie, compression
 - stagnation vésicale : rétention chronique incomplète et complète d'urine

c) Brûlures mictionnelles : oriente vers une infection urinaire

d) Rétention chronique incomplète des urines :

- installation sur des mois globe vésical mou,
- indolores'accompagne d'une distension des uretèr et des cavités pyélocalicielles
- 2 phases :
 - stagnation vésicale sans distension: pollakiurie, dysurie
 - stagnation vésicale avec distension: mictions par regorgement « pseudo incontinence »

e) Rétention chronique **complète** des urines :

- Long passé de dysurie
- Peu douloureuse
- Soulagé passagèrement par le sondage vésical (pas de reprise miction spontanée)

f) L'incontinence urinaire:

Perte involontaire des urines par le méat urétral

on distinguer 3 *grands types*:

l'incontinence d'effort l'incontinence par impériosité (en dehors des efforts)

l'incontinence après chirurgie (complication)

L'incontinence urinaire résulte soit:

d'un dysfonctionnement musculaire (lésion du sphincter et/ou des autres muscles du périnée) ***d'une anomalie neurologique***
affectant le sphincter et/ou la vessie

Causes : Spina bifida – traumatisme vertébral (queue de cheval)

Les anomalies quantitatives de la diurèse

Oligurie, anurie: même valeur sémiologique

Baisse de la diurèse due à la baisse de production d'urine au niveau rénal

- ***Oligurie*** la diurèse des 24h est **< 300 ml**
- ***Anurie*** la diurèse des 24h est **< 100 ml**
- Biologie : augmentation de l'urée et de la créatinémie, hyperkaliémie, acidose métabolique
- Causes: insuffisance rénale

- **Interrogatoire**
- **Examen clinique**
- **Examen des urines**
- **Examen complémentaires**

- L'examen clinique comprend:

Recherche d'un gros rein.

Recherche de points douloureux urétéraux.

Recherche d'un globe vésical.

Recherche d'un gros rein:

- la palpation des fosses lombaires se fait sur un malade en décubitus dorsal.

technique: une main est placée dans la fosse lombaire et l'autre main palpe la paroi abdominale au niveau de l'hypochondre appuyant à chaque inspiration à la rencontre de la main postérieure.

- Le rein normalement n' est pas palpable.il devient palpable en cas de:

-ptose rénale

-augmentation du volume.

Un gros rein est retrouvé en cas de cancer du rein ou kyste solitaire;maladie polykystique.

.

- Les caractères sémiologique d'un gros rein:
- **Le contact lombaire**: la main postérieure sent le gros rein sur une large surface.
- **Le ballotement rénal**: lorsque la main postérieure imprime une breve secousse à la masse celle-ci vient heurter la main antérieure placé dans l'hypochondre.
- À la percussion de l'abdomen: le gros rein est barré par la sonorité colique

Recherche de points douloureux urétéraux:

- *point urétéral supérieur situé à l'angle costo-musculaire, (il correspond au rein, bassinet, extrémité supérieure de l'uretère)
- *point urétéral moyen situé à l'union du un tiers moyen et un tiers externe de la ligne unissant les épines iliaques antérieure et supérieure. (la jonction de la portion lombaire et pelvienne de l'uretère)
- *point urétéral inférieur: perçu au toucher rectal. (la portion terminale de l'uretère)

C'est la traduction de l'existence d'une lithiase ou inflammation

Rechercher un globe vésical:

- *inspection: rechercher une distension de la région hypogastrique.
- *palpation: mettre en évidence une tumeur lisse sensible rénitente.
- *percussion: matité sous ombilicale à limite supérieur concave vers le haut .

- **Interrogatoire**
- **Examen clinique**
- **Examen des urines**
- **Examens complémentaires**

L'examen des urines: un recueil des urines de 24h permettra:

- *de mesurer la diurèse.

- *d'apprécier l'aspect des urines

- Urines jaunes claires urines normales.
- Urines rouges: hématurie ou hémoglobinurie.
- Urines foncées: pigments biliaires.
- Urines foncées bouillon sale: glomérulonéphrite aigue
- Urines troubles délavées: pyurie

La chimie urinaire:

- À l'aide de bandelette réactive qui permettra de détecter albumineurie.glycosurie.sang.nitrite.leucocyte.

Uricult:à la recherche d'une infection urinaire.

- **Interrogatoire**
- **Examen clinique**
- **Examen des urines**
- **Examens complémentaires**

les examens complémentaires:

les examens biochimiques:

- **les examens sanguins*: permettent de préciser la fonction rénale (dosage de l'urée sanguine et la créatinémie).
- **l'examen des urines*: albuminurie des 24h, examen cyto-bactériologique des urines ECBU.

Les examens radiologiques:

- *La radiographie de l'appareil urinaire sans préparation(ASP°):* permet d'évaluer la taille des reins et de mettre en évidence des calculs.

L'échographie abdominopelvienne: permet d'estimer la taille des reins et de déterminer une éventuelle formation kystique ou tumorale.

Uro scanner: permet d'étudier de façon précise la morphologie des voies urinaires du rein à la vessie.

.

- *La cystoscopie*: examen endoscopique de la vessie; permet de la visualiser e de biopsie une éventuelle tumeur.
- *La scintigraphie rénale* est un examen qui permet d'observer le fonctionnement des reins ainsi que leurs morphologie.