

Uro-néphro
Lundi 10/12
RT : Corien van Friedrich
RL : Aliénor Meddah

Sémiologie urologique

Je sais, le plan est dégueulasse et j'en suis désolé, il n'y en avait tout simplement pas.

I) Généralités

- 1) Rappel du fonctionnement vésico-sphinctérien
- 2) Innervation vésico-sphinctérienne
- 3) Débitmètrie
- 4) Cystomanométrie
- 5) Profilométrie urétrale ou sphinctrométrie
- 6) L'examen urodynamique

II) Sémiologie urologique

- 1) Pollakiurie
- 2) Impériosités mictionnelle
- 3) Rétention aigue d'urine
- 4) Bilans clinique et paraclinique
- 5) Etiologies
- 6) CAT à distance
- 7) Dysurie
- 8) Incontinence urinaire féminine
- 9) Incontinence urinaire à l'effort
- 10) Incontinence masquée
- 11) Incontinence urinaire par urgenturie
- 12) Autres termes
- 13) Quelle conduite à tenir ?
- 14) Quel examen clinique ?
- 15) Echech ou récursive : Que faire ?
- 16) Quels examens ?
- 17) Hématurie
- 18) Troubles sexuels
- 19) Anomalies du sperme
- 20) Colique Néphrétique
- 21) Douleur de Bourse
 - a) *Douleur aigue*
 - *Torsion du cordon spermatique*
 - b) *Douleur chronique*
 - b1) *Douleurs testiculaires chroniques idiopathiques*
 - b2) *Varicocèle*
 - b3) *Grosses bourses*
 - b4) *Hydrocèle*
 - b5) *Cancer du testicule*

« Attention, ce cours est très important » dixit le prof avec un malin sourire...

I) Généralités

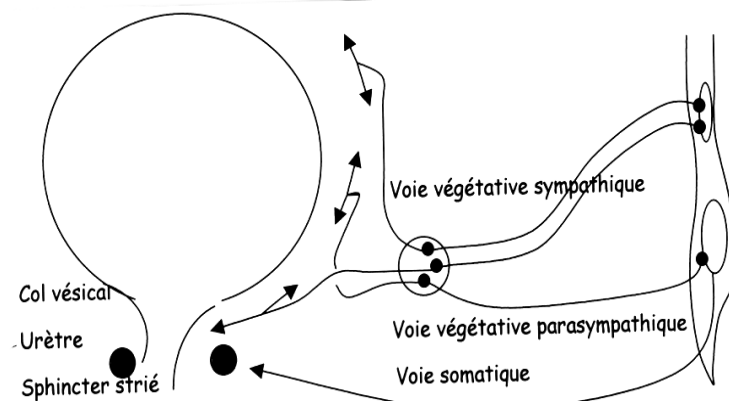
1) Rappel du fonctionnement vésico-sphinctérien

- Alternance remplissage vésical - miction = équilibre entre :
 - Forces d'expulsion (contraction du détrusor et éventuellement poussée abdominale)
 - Forces de retenue (col vésical, sphincter lisse et strié, résistance urétral)
- Bonne miction = contraction du détrusor + ouverture du col vésical et du sphincter strié + bonne perméabilité de l'urètre
- La miction doit être : volontaire, facile, indolore, complète

2) Innervation vésico-sphinctérienne

- Système végétatif
 - Centre sympathique lombaire (D12-L2)
 - α (col vésical, urètre sous-vésical) + = contraction
 - β (vessie) + = relachement
 - Centre para-symphatique sacré (Σ S2-S4)
 - Ach (vessie) + = contraction
 - Système somatique (sacré - noyau d'Onuf)
 - N. pudental - sphincter strié + = Contraction
- > Σ = **CONTINENCE**, $p\Sigma$ **MICTION**

Système somatique (volontaire)	Système végétatif (involontaire)	
	Para Σ (miction)	Σ (continence)
Sphincter strié de l'urètre	Vessie	α (col vésical, urètre sous vésical) β (vessie)
- Benzodiazépines favorise le relâchement du sphincter strié de l'urètre	para $\Sigma\oplus$: Urécholine favorise la miction para $\Sigma-$: Atropine, Oxybutinine favorise la continence	$\alpha\oplus$: Adrénaline, Ephédrine favorise la continence $\alpha-$: Alfuzozine, Terasozine favorise la miction L'action sur les récepteurs β est moins nette et est peu utilisée en pratique clinique



3) Débitmètrie

- Mesure du volume mictionnel, de la durée de la miction, du débit maximal
- Normalité : $Q \text{ max} \geq 15 \text{ ml/s}$ pour une miction d'au moins 150 ml, aspect de courbe en cloche

4) Cystomanométrie

Etudie :

- La perception de besoin d'uriner,
- L'adaptation de la vessie au remplissage,
- La capacité vésicale
- La pression vésicale pendant la miction
- L'activité du détrusor

5) Profilométrie urétrale ou sphinctérométrie

Etudie la qualité du système sphinctérien urétral

6) L'examen urodynamique

Examen complémentaire de deuxième intention

- Quand l'examen clinique et les examens complémentaires n'ont pas permis de poser un diagnostic
- Avant de réaliser certains traitements chirurgicaux du trouble mictionnel
- Chez le patient ayant une vessie neurologique

II) Sémiologie urologique

1) Pollakiurie

- **Plus de 7 mictions /24h**

- Pollakiurie nocturne : plus d'une miction par nuit
- Nycturie : besoin d'uriner réveillant le patient
- Différencier de polyurie (diurèse importante $> 2,5l/24h$ entraînant mictions fréquentes et abondantes)
 - Excès de boissons
 - Diabète sucré ou insipide
 - IRC
 - Prise de diurétiques
- Préciser :
 - le caractère diurne ou nocturne
 - sa fréquence
 - Son retentissement
- S'aider d'un calendrier mictionnel ++
- diagnostic étiologique
 - Age
 - Type de trouble (dysurie, urgenturie, brûlures mictionnelles, incontinence urinaire...)
 - Date d'apparition et évolution, caractère permanent ou variable
 - Association à troubles ano-rectaux ou génito-sexuels
 - ATCD chirurgicaux (chir dig, pelvienne ...), urologiques (sténose urétrale, chir prostatique...), traumatiques (fracture de bassin, trauma pelvi-périnéal...), gynéco-obstétricaux (grossesse, accouchement, déchirure, HT, ménopause...), médicamenteux (NLP, antidépresseurs, antiparkinsoniens, alpha-modulateurs, diurétiques ...)

- Examen clinique :
 - Globe vésical (masse hypogastrique, convexe vers le haut, mate à la percussion, sensible, dont la palpation augmente l'envie d'uriner)
 - Contact lombaire
 - Méat urétral, OGE, orifices herniaires
 - TR
 - Examen gynécologique
 - Examen neurologique du périnée (examen du dos, sensibilité périnéale, réflexe bulbo-caverneux, tonus du sphincter anal...)
- Examens complémentaires
 - ECBU
 - Examen cytologique des urines (si suspicion de TV)
 - Echographie de l'appareil urinaire
 - A la demande : TDM, fibroscopie uréthro-vésicale, bactériologie complémentaire, BUD

- Etiologies

- Par irritation vésicale
 - Cystites (infectieuse, radiques, chimiques, interstitielles...)
 - Tumeur de vessie, CIS
 - Corps étranger (calcul, fil...)
 - Calcul du bas uretère
 - Obstacle sous-vésical (prostate, col vésical, urètre)
 - Lésion de voisinage (sigmoidite, salpingite, appendicite, tumeur pelvienne...)
- Par réduction de la capacité vésicale
 - Vessie séquellaire après tuberculose, bilharziose urinaire, RT, CT
 - Compression extrinsèque par tumeur pelvienne (cancer/fibrome utérin, cancer/kyste ovarien, tumeur rectale)
- Par origine neurologique (vessie centrale - SEP, Parkinson, Paraplégique, AVC)
- Par rétention vésicale chronique
- Par irritation urétrale (urétrites)
- Par inflammation prostatique (prostatites)
- Psychogène

2) Impériosités mictionnelles

- Envies pressantes d'uriner qu'il n'est pas toujours possibles de retenir (incontinence urinaire)
 - Terme remplacé par **urgenterie**
 - **Désir soudain, impérieux et fréquemment irrésistible d'uriner**
 - Etiologies et démarche diagnostique = pollakiurie
 - Brulures mictionnelles : sensation de cuisson au niveau de la vessie ou de l'urètre lors de la miction

3) Rétention aigue d'urine

- **Rétention aigue d'urines différent d'anurie**
- Diagnostic le plus souvent facile
- Rechercher un facteur déclenchant (hyperdiurèse, fièvre, long voyage, épices, chirurgie, constipation, médicaments...)

- 2 moyens de lever la rétention

- **cathéter sus pubien**

- Matériel : cathéter CH 10
- Technique
- Contre indications :
 - absence de globe vésical
 - troubles de la coagulation
 - tumeur de vessie
 - laparotomie sous ombilicale
 - hématurie importante
 - pontage sus pubien

- **sonde urétrale**

- Matériel : sonde de Foley 16 CH droite, ballonnet gonflé à l'eau
- Techniques (homme et femme)
- Contre indications :
 - rétrécissement urétral
 - traumatisme urétral
 - prostatite aigue
 - jeune garçon
- Complications :
 - infections urinaires
 - prostatite aigue
 - sténose urétrale

4) Bilans clinique et paraclinique :

- Clinique :

- Interrogatoire
- Clinique (méat, OGE, TR, neuro, gynéco)

- Para clinique :

- ECBU
- échographie de l'appareil urinaire
 - Volumétrie prostatique
 - Etude de la vessie (V de lutte, diverticule, calcul, tumeur, VR)
 - Haut appareil
- urétrographie (col vésical, urètre, VR)
- TDM
- endoscopie
- bilan urodynamique
 - Bas débit + hautes pressions mictionnelles = obstacle
 - Bas débit + basses pressions mictionnelles = hypocontractilité vésicale
 - Dysnergie vésico-sphinctérienne

5) Etiologies

- Homme :

- pathologie prostatique
- sténose du méat urétral ou de l'urètre
- maladie du col vésical

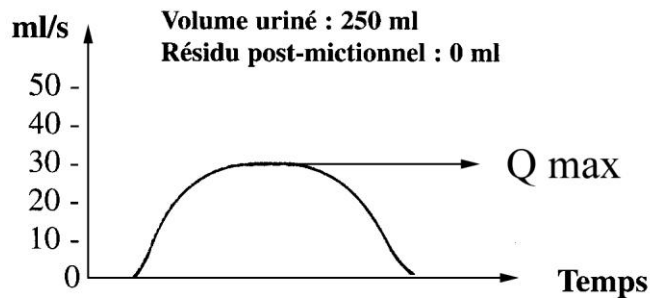
- Femme :
 - sténose du méat
 - tumeurs gynécologiques (utérus, ovaire)
 - prolapsus génital
- Enfant :
 - valves de l'urètre postérieur
 - tumeur pelvienne, sarcome du sinus urogénital
 - urétérocèle prolabée
- Dans les deux sexes :
 - caillotage vésical,
 - tumeur vésicale,
 - tumeur rectale,
 - calcul vésical,
 - corps étranger urétral (*et la le prof raconte l'histoire d'un étrange monsieur qui s'est inséré 3 pièces de 10 centimes dans l'urètre...*)
 - vessie neurologique centrale ou périphérique,
 - vessie claquée (*distension vessie -> ex : péridural d'une femme enceinte*)
 - dysurie réflexe à pathologie anorectale,
 - médicament.

6) Prise en charge à distance

- Cause urologique :
 - opérable (chirurgie)
 - inopérable (sonde SAD ou prothèse endourétrale permettant de laisser ouvert l'urètre)
- Cause neurologique :
 - traiter la cause
 - médicament α -
 - SAD, SI (sondage intermittent)

7) Dysurie (*suspect de tomber en janvier +++*)

- **Difficulté à uriner**
- Conséquence d'un obstacle organique ou fonctionnel
- Plusieurs modes de présentation
 - Miction à petits jets, parfois goutte à goutte, de durée prolongée, nécessitant des efforts de poussée abdominale
 - Méconnue par le patient car d'apparition très progressive
 - Masquée par des fuites d'urines (incontinence par regorgement témoignant d'une rétention chronique)
- En cas de doute : débitmétrie
 - Volume uriné
 - Débit max
 - Temps de la miction
 - Miction normale
 - $Q_{max} > 15 \text{ ml/s}$ (miction $\geq 150 \text{ ml}$)
 - Courbe en cloche



- Conséquence de la dysurie

- Compensation par le muscle vésical (vessie de lutte)
- Distension vésicale (résidu, infections urinaires, calculs vésicaux, diverticules vésicaux)
- Retentissement sur le haut appareil (dilatation/IR)

8) Incontinence urinaire féminine

- **Perte involontaire d'urines par le méat urétral à l'origine d'une gêne**

9) Incontinence urinaire à l'effort

- **Fuites en jet**

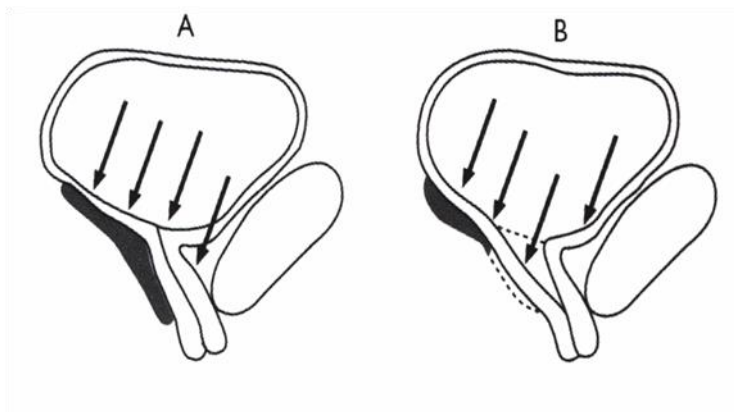
- Après un effort physique
- Eternuement > toux > marche > changement de position
- Habituellement pas de fuites nocturnes
- Facilité d'adaptation
- Physiopathologie +++

- **Hypermobilité urétrale**

- **Insuffisance sphinctérienne**

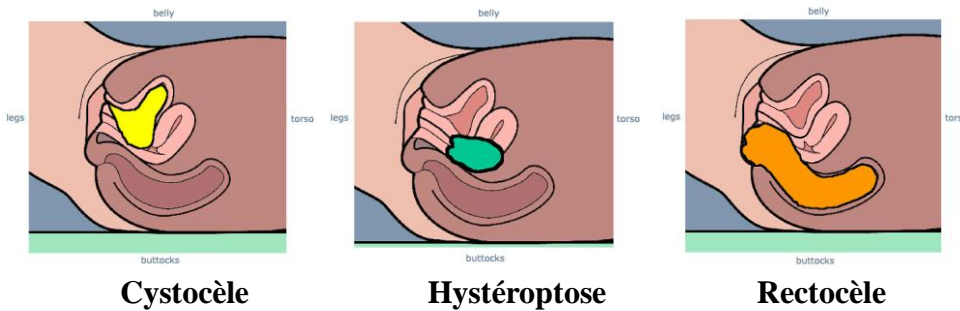
- Causes :

- vieillissement,
- ménopause,
- grossesse/accouchements,
- chir pelvienne,
- efforts de poussée (toux, constipation, profession, sports, obésité ...),
- génétique



10) Incontinence masquée

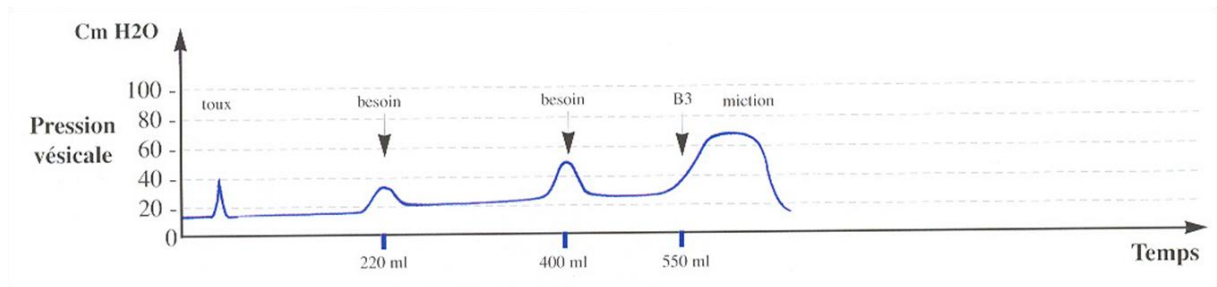
- **IUE masquée par un prolapsus = Effet pelote**
- Révélation de l'incontinence lors de la réduction du prolapsus



11) Incontinence urinaire par urgenturie

- **Fuite involontaire d'urine accompagnée ou immédiatement précédée d'une urgenturie**
- Physiopathologie

- Contractions vésicales involontaires spontanées ou déclenchées (sensorielle/émotionnelle/réflexe)
- Toutes causes d'irritation vésicale (cystite infectieuse, radique, chimique, interstitielle, carcinome in situ)
- Obstacle (sténose du méat, sténose urétrale, prolapsus génital, intervention dysuriant)
- Maladies neurologiques (SEP, ...)
- Sans cause +++++



12) Autres termes

- Incontinence urinaire mixte (effort + urgenturie)
- Incontinence urinaire permanente
- Incontinence double (urinaire + anale)
- Fistule vésico-vaginale, urétéro vaginale
 - Perte d'urines permanente par le vagin

13) Quelle conduite à tenir ?

- **Déterminer le type d'incontinence**

- **A l'effort**
 - Par urgenturie
 - Mixte

- **Evaluer le retentissement**

- Nombre et types d'absorbants
- Gêne ressentie (familiale, sexuelle, professionnelle, sportive)
- Date et circonstances d'apparition
- Antécédents gyn/obst et médico-chirurgicaux
- Examens et traitements antérieurs

- Echelle Ditrovie, questionnaire Contilife
- **Catalogue mictionnel**

14) Quel examen clinique ?

- Recherche de fuite à la toux/poussée, étude de la mobilité urétrale, manœuvre Bonney/Ulmsten
- Recherche de prolapsus génital C/H/R
- Evaluation des releveurs
- Evaluation de la trophicité vaginale
- Examen neurologique du périnée

15) Echec ou récurrence : Que faire ?

- Avis spécialisé → Bilan urodynamique
 - Examen ambulatoire
 - Désagréable mais non douloureux
 - Durée 30 à 45 minutes – 3 phases
 - Urines stériles
 - Arriver avec envie d'uriner
 - Nécessite sondage
 - Morbidité exceptionnelle (<1%)

16) Quels examens ?

- **Clinique** ++ (normal)
- Complémentaires : à la demande
 - ECBU
 - Cytologie urinaire
 - Echographie pelvienne et rénale
 - Cystoscopie (tumeur vésicale, corps étranger, obstacle ???)
 - TDM abdomino-pelvienne

17) Hématurie

- Définition : **émission d'urines contenant du sang**
 - Macroscopique : urines sanglantes colorées en rouge +/- sombre
 - Microscopique : > 5000 hématies/ml
- Symptôme d'appel à toujours prendre en considération
- Affirmer l'hématurie
 - Eliminer une urétrorragie (écoulement de sang par le méat urétral en dehors des mictions)
 - Eliminer une coloration des urines
 - Aliments (betterave)
 - Médicaments (laxatifs anthracéniques...)
 - Pigments (hémoglobinurie, porphyries, myoglobinurie)
- Apprécier son retentissement
 - Choc hémorragique (exceptionnel, pouls, TA)
 - Anémie (pâleur conjonctivale, NFS)
 - Caillottage vésical pouvant aboutir à une rétention d'urines et entretenant le saignement → Irrigation vésicale continue (sonde double courant)

- Rechercher son étiologie à l'interrogatoire
 - Antécédents
 - Tabac, profession exposée (colorants, goudrons)
 - CN, lithiase urinaire
 - Traumatisme lombaire ou abdominale
 - Origine ethnique ou séjour en pays d'endémie bilharzienne
 - Prise d'anti-coagulants ou d'antiagrégants plaquettaires
 - Signes locaux
 - Troubles mictionnels (dysurie → prostate, BM → cystite)
 - CN (haut appareil)
 - Caillots (origine urologique)
 - Signes généraux
 - AEG-douleurs osseuses
 - infectieux
- Hématurie Macroscopique
 - **Totale: haut appareil MAIS toute hématurie importante est totale**
 - **Initiale: origine prostatique ou urétrale**
 - **Terminale: origine vésicale**
- Rechercher son étiologie à l'examen clinique
 - Examen des urines (caillots ?)
 - TR
 - Masse pelvienne, vésicale, prostatique (HBP = diag. d'élimination)
 - Abdomen
 - Contact lombaire
 - Globe vésical
 - Varicocèle ?
 - Auscultation de l'abdomen/FL (souffle - anévrysme, fistule)
- Rechercher son étiologie au moyen des examens complémentaires
 - ECBU
 - Confirme le diagnostic (présence d'hématies)
 - Recherche une infection urinaire
 - Recherche des cylindres hématiques (origine néphrologique)
 - Dosage de protéinurie des 24h
 - >1g/24h → origine néphrologique (glomérulopathie ...)
 - Autres
 - Echographie rénale et vésico-prostatique
 - Fibroscopie souple/cystoscopie
 - Uroscanner
- Cas particuliers
 - Micro-hématuries asymptomatiques
 - BU + à la médecine du travail
 - Même bilan
 - Révèlent dans 10% une tumeur urologique et dans 12% une pathologie urologique non néoplasique ou néphrologique
 - 7 fois sur 10 le bilan est normal
 - Hématuries sous anticoagulants
 - révèlent plus de 8 fois sur 10 une anomalie urologique
 - Importance du bilan

- Hématuries d'effort
 - Micro ou macroscopiques (17% des mathoniens, 60% des joueurs de foot après le match dont 16% macroscopiques)
 - Liées aux microtraumatismes répétés (reins, vessie), à la vasoconstriction splanchnique à l'effort, à l'augmentation de perméabilité glomérulaire
 - A distinguer des hémoglobinuries dues à la marche (1-3h après la marche par lésion des GR dans la voûte plantaire), des myoglobinuries d'effort (24-48h après l'effort par rhabdomyolyse)
 - Après élimination d'un traumatisme externe, réévaluer à 72h. Si persistance, bilan usuel
- Hématuries unilatérales essentielles
 - Hématurie unilatérale (cystoscopie), à bilan usuel normal
 - Artériographie sélective/urétéro-réno-scopie souple (diagnostique et thérapeutique)

18) Troubles sexuels

- Priapisme : érection permanente, douloureuse, sans objet, indépendante de toute libido
- Impuissance sexuelle = dysfonction érectile : incapacité d'obtenir et/ou de maintenir une érection pour permettre une activité sexuelle satisfaisante (>3 mois)
- Trouble de la libido = diminution du désir sexuel
- Troubles de l'éjaculation
 - Ejaculation précoce : éjaculation survenant plus tôt que souhaité, avant ou rapidement après l'intromission, à l'origine de frustration d'1 et/ou 2 partenaires
 - Ejaculation retardée
 - Ejaculation rétrograde
 - Anéjaculation
- Anorgasmie = absence d'orgasme

19) Anomalies du sperme

- Azoospermie : Pas de spermatozoïde dans le sperme
- Oligozoospermie : Moins de 15 000 000 de spermatozoïdes/ml de sperme
- Asthénozoospermie : Moins de 40% de spermatozoïdes mobiles dans le sperme
- Tératozoospermie : Moins de 15% de spermatozoïdes normaux dans le sperme
- Oligo-astheno-tératozoospermie (OAT)

20) Colique Néphrétique (*suspect de tomber +++*)

- Mécanisme : **Mise en tension brutale des cavités pyélo-calicielles**
- Diagnostic Clinique
 - **Douleur aiguë**
 - Siège: Fosse lombaire
 - Irradiations: flanc, Fosse iliaque et OGE
 - Intensité: souvent très intense
 - Chronologie: paroxystique (par crise)
 - Positions antalgiques: aucune
 - Signes associés:
 - Agitation
 - Digestifs: nausées, vomissements, constipation (iléus réflexe)
 - Urinaires: hématurie, pollakiurie, impériosités (calcul du bas uretère)

- **Signes physiques**
 - Douleur à la palpation et à l'ébranlement de la fosse lombaire
 - Abdomen météorisé
- **BU : GR +**
- Eliminer une CN compliquée ++++
 - CN fébrile, BU+ (pyélonéphrite obstructive)
 - CN + anurie (IRA obstructive: CN bilatérale, rein unique)
- Etiologie :
 - **Obstacle intrinsèque**
 - Lithiase +++
 - Tumeur urothéliale
 - Caillotage VES
 - SD JPU, Uropathie malformative
 - Sténose urétérale
 - Tuberculose
 - Bilharziose
 - Radiothérapie
 - Iatrogène
 - Nécrose papillaire
 - **Obstacle Extrinsèque**
 - Adénopathies (lombo-aortiques, pelviennes)
 - Tumeurs pelviennes (col, endomètre, ovaire, colon, rectum, prostate, vessie)
 - Fibrose rétropéritonéale
 - Chirurgie pelvienne (hystérectomie, chir colo-rectale)
 - Anévrisme aorte abdominale
 - Prothèses aorto-iliaques
- Diagnostic clinique
 - ATCD Médicaux
 - Lithiase
 - Cancer uro-gynéco
 - Goutte, hyperuricémie
 - Tuberculose
 - ATCD Chirurgicaux
 - Chir gynéco (hystérectomie)
 - Chir colo-rectale
 - Chir vasculaire aorto-iliaque
 - Chir endoscopique
 - Mode de vie
 - Tabac
 - Amines aromatiques
 - Mali, Mauritanie
 - Médicaments
 - Examen Clinique (Toucher pelvien ++++)
- Bilan biologique
 - Créatininémie
 - ECBU + antibiogramme
- Rx: en urgence
 - **ASP couché**
 - Opacité de tonalité calcique
 - Aires rénales et les trajets urétéraux

- **Echographie**
 - Dilatation des cavités rénales
 - Visualisation du calcul (rare):
 - Hyper-échogène
 - Cône d'ombre postérieur
 - Uretere difficile à voir sauf à ses 2 extrémités
- TDM sans injection
 - TDM hélicoïdal, coupes fines
 - Dilatation des cavités rénales
 - calculs radio-opaques et transparents visibles
 - bonne sensibilité
- Rx: si doute diagnostique
 - **UIV (urographie intraveineuse)**
 - Diagnostic de certitude
 - Siège et taille des calculs
 - SD obstructif:
 - Retard de de sécrétion
 - Dilatation des cavités rénales
 - Arrêt net du PDC
 - Retard d'excrétion
 - Calcul:
 - radio-opaque: comparer à ASP
 - radio-transparent: image lacunaire
 - Anomalies de l'arbres urinaires?
 - **Uro-scanner**: (remplace aujourd'hui l'UIV)
 - Lithiase radio-transparente
 - Lithiases de petite taille
 - Etiologies non lithiasiques
- Traitement
 - **Boisson**
 - Restriction hydrique si douleur
 - Boire normalement en l'absence de douleurs
 - **Antalgiques**
 - AINS
 - Antalgiques classiques
 - Morphine
 - Cocktail antalgique
 - **Surveillance**
 - Tamisage des urines
 - Surveillance : température, diurèse, douleurs
 - Revoir à distance
- Traitement : cas particuliers
 - **CN Fébrile**
 - Double antibiothérapie parentérale
 - Drainage urgent des urines (Sonde urétérale/JJ, Néphrostomie per-cutanée)
 - **CN + anurie**
 - Drainage urgent des urines (Sonde urétérale/JJ, Néphrostomie per-cutanée)

21) Douleur de Bourse

a) Douleur aiguë

- Torsion du testicule
- Torsion d'hydatide
- Orchiépididymite
- Hernie inguino-scrotale étranglée
- Traumatisme des bourses
- Colique néphrétique
- Œdème idiopathique des bourses
- Cellulite, Abscess, Fournier
 - > Toute douleur aiguë, non fébrile, chez un enfant ou un homme jeune doit conduire à une exploration chirurgicale en urgence +++

- Torsion du cordon spermatique

- Rappel anatomique :

- Le cordon spermatique contient artère et veines spermatiques, déférent, artères et veines déférentielles
- Le testicule est fixé à la partie postérieure et inférieure de la bourse par le ligament scrotal (gubernaculum testis)

- Physiopathologie:

- Fréquence : 1/4000
- La torsion se fait dans la portion intravaginale (sens horaire à droite, anti-horaire à gauche), avec un nombre variable de tour(s) de spire
- La torsion entraîne un œdème par blocage du retour veineux puis une ischémie testiculaire par arrêt de la circulation artérielle.
- En quelques heures se produisent la destruction des cellules germinales puis du testicule évoluant vers l'atrophie testiculaire ou l'abcédation et la fistulisation

- Douleur

- Siège: bourse
- Irradiation: Inguinale, Fosse iliaque
- Intensité: très intense
- Chronologie: début brutal, parfois après un effort ou un trauma
- Signes associés: Nausées, vomissements

- Examen clinique:

- Très difficile du fait de la douleur
- Ascension du testicule
- Abolition du réflexe crémastérien
- bourse augmentée de volume, hydrocèle
- Palpation de la spire de torsion

- Terrain:

- Enfant
 - Homme jeune
 - notion d'épisode de douleurs de bourse spontanément résolutifs à l'interrogatoire
 - Parfois
- > Aucun examen complémentaire nécessaire +++(Exceptionnellement Echographie doppler)
- > Intervention en urgence +++

- Diagnostics différentiels

- Torsion d 'Hydatide
- Orchiépididymite aiguë:
 - Début progressif
 - Fièvre
 - Signes urinaires
 - Antécédents (contage sexuel, hypertrophie prostatique, ...)
 - Examen clinique : bourse inflammatoire, épидидyme douloureux augmenté de volume
 - TR : prostate sensible
 - Examen bactériologique (BU, ECBU, PU avec Chlamydiae, mycoplasmes
- > Douleur aiguë de bourse, non fébrile, chez un homme jeune ou un enfant =
Exploration chirurgicale de bourse en urgence
- Gangrène de Fournier
 - Cellulite périnéale extensive à germes anaérobies
 - Douleurs en contexte septique
 - Siège : Périnée, bourses, verge, cuisses
 - Lésions inflammatoires avec zones de nécroses, crépitations +++
 - Extension rapide
 - Terrain favorisant (diabète)
 - Point de départ cutanée, ano-rectal, génito-urinaire
 - Mortalité +++
- > Prise en charge rapide en réanimation avec parage large des tissus nécrotiques

b) Douleur chronique

- Douleurs testiculaires chroniques idiopathiques
- Varicocèle
- Neuropathie des nerfs ilioinguinal ou génitofémoral
 - Hernie inguinale
 - Cure de HI
 - Diabète
- Hernie discales L1-L2

b1) Douleurs testiculaires chroniques idiopathiques

- Epidémiologie

- Age: tout âge, 35-40 ans +++
- Proportion importante des patients consultant en urologie

- Diagnostic Clinique

- Douleur chronique
 - Siège: scrotale, uni ou bilatérale
 - Irradiations: +/- aine, périnée, dos, jambes
 - Intensité: souvent modérée
 - Chronologie: continue ou intermittente
 - Facteur aggravant: spontanée ou exacerbée par les activités physiques ou le contact

- Examen des bourses:

- Normal

b2) Varicocèle

- **Définition:** **dilatation orthostatique des veines du cordon spermatique secondaire à un reflux veineux rénospermatique**

- Physiopathologie/Etiologie

- Varicocèle Primitive
 - Gauche = 99%
 - Reflux de la veine rénale Gche vers la veine spermatique Gche
- Varicocèle secondaire
 - Tumeur du rein

Veine Spermatique Gauche:

- Angle raccordement à angle Drt
- Long trajet
- Valvules absentes ou incontinentes dans 50% des cas
- Examen Clinique
- Asymptomatique +++
- Gêne, pesanteur, douleurs
- Infertilité, oligo-asthénospermie
- Examen physique:
 - tuméfaction molle, serpiginieuse, au dessus du testicule en position debout, se majorant en Valsalva

- Traitement

- Indication:

- Varicocèle symptomatique, gênant le patient
- Infertilité

- Technique:

- Radiologie interventionnelle: embolisation de la veine spermatique
- Chirurgie: ligature de la veine spermatique

b3) Grosses bourses

- aigues

- **Torsion du testicule**
- **Orchiépididymite**
- Hernie inguino-scrotale étranglée
- Traumatisme des bourses
- Gangrène de Fournier
- Œdème idiopathique des bourses
- Purpura Rhumatoïde
- Cellulite, Abscess, Fournier

- chroniques

- Cancer du testicule
- Hydrocèle
- Kyste du cordon
- Kyste de l'épididyme
- Nodule épидидymaire
- Varicocèle
- Hernie inguino-scrotale

b4) Hydrocèle

- Définition: **épanchement de liquide séreux dans la cavité vaginale de la bourse.**

Pathologie bénigne

- Examen Clinique

- Hydrocèle simple

- Tuméfaction de la bourse

- Indolore (parfois douloureuse)

- D'apparition progressive

- Trans-illuminable

- Hydrocèle congénital

- Associé à une hernie inguinale congénitale

- Volume variable (augmenté par l'effort et diminué par le repos)

- Pression de la bourse permet de chasser le liquide vers l'abdomen = hydrocèle communicante

- Traitement

- Hydrocèle simple

- Chirurgical

- Evacuation du liquide

- Traitement de la vaginale (résection/plicature)

- Hydrocèle congénital

- Chirurgical

- Traitement de la hernie avec résection du sac et ligature du canal péritonéovaginal

b5) Cancer du testicule

- Toute masse testiculaire est un cancer du testicule jusqu'à preuve du contraire

- Signe de Chevassu : la tumeur testiculaire est séparée de l'épididyme par un sillon

- Valeur de l'échographie