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.*

1. **Généralités**
2. Rappel du fonctionnement vésico-sphinctérien
3. Innervation vésico-sphinctérienne
4. Débitmètrie
5. Cystomanométrie
6. Profilométrie urétrale ou sphinctrométrie
7. L’examen urodynamique
8. **Sémiologie urologique**
9. Pollakiurie
10. Impériosités mictionnelle
11. Rétention aigue d’urine
12. Bilans clinique et paraclinique
13. Etiologies
14. CAT à distance
15. Dysurie
16. Incontinence urinaire féminine
17. Incontinence urinaire à l’effort
18. Incontinence masquée
19. Incontinence urinaire par urgenturie
20. Autres termes
21. Quelle conduite à tenir ?
22. Quel examen clinique ?
23. Echec ou récidive : Que faire ?
24. Quels examens ?
25. Hématurie
26. Troubles sexuels
27. Anomalies du sperme
28. Colique Néphrétique
29. Douleur de Bourse
30. *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…***

1. **Généralités**
2. 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

1. Innervation vésico-sphinctérienne

- Système végétatif

- Centre sympathique lombaire (D12-L2)

- α (col vésical, urètre sous-vésical) + = contraction

- β (vessie) + = relachement

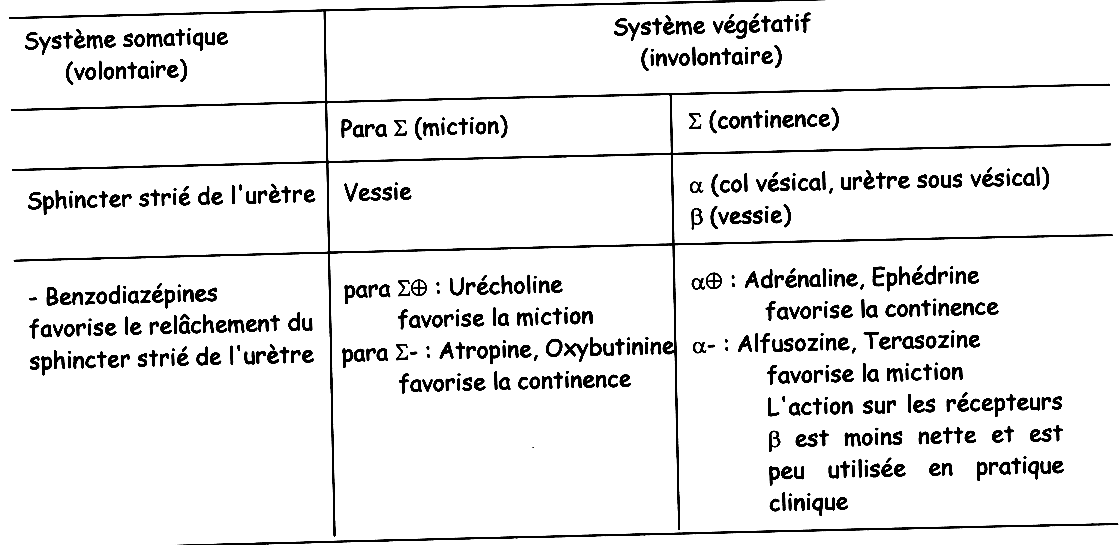
- Centre para-sympathique sacréΣ (S2-S4)

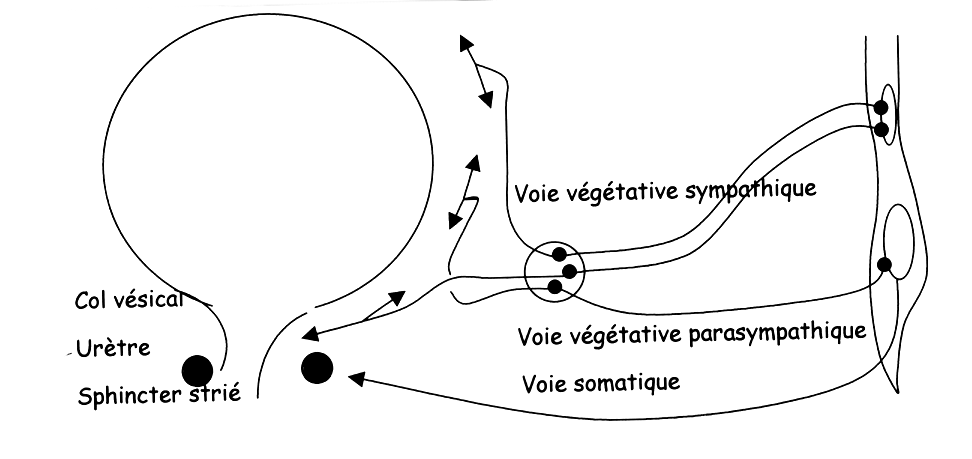
- Ach (vessie) + = contraction

- Système somatique (sacré - noyau d’Onuf)

- N. pudendal - sphincter strié + = Contraction

**-> Σ = CONTINENCE, pΣ MICTION**





1. Débitmètrie

- Mesure du volume mictionnel, de la durée de la miction, du débit maximal

- Normalité : Q max ≥ 15 ml/s pour une miction d’au moins 150 ml, aspect de courbe en cloche

1. 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

1. Profilométrie urétrale ou sphinctérométrie

Etudie la qualité du système sphinctérien urétral

1. 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

1. **Sémiologie urologique**
2. 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 urétro-vésicale, bactério 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

1. Impériosités mictionnelles

- Envies pressantes d’uriner qu’il n’est pas toujours possibles de retenir (incontinence urinaire)

- Terme remplacé par **urgenturie**

- **Désir soudain, impérieux et fréquemment irrépressible 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

1. 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

1. 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

- Dysynergie vésico-sphinctérienne

1. 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.

1. 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)

1. 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

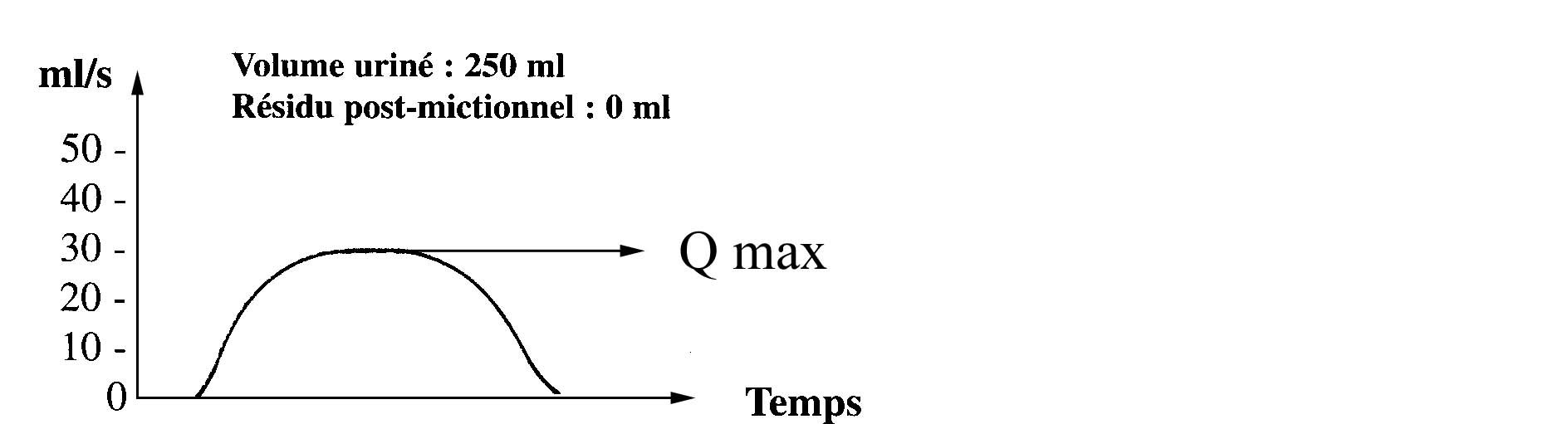
- Débit max

- Temps de la miction

- Miction normale

- Qmax > 15 ml/s (miction ≥ 150 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)

1. Incontinence urinaire féminine

- **Perte involontaire d’urines par le méat urétral à l’origine d’une gène**

1. 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,

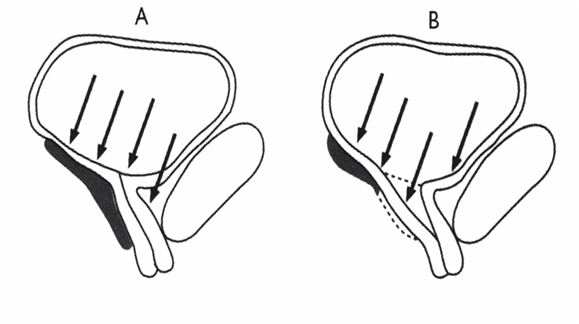
- ménopause,

- grossesse/accouchements,

- chir pelvienne,

- efforts de poussée (toux, constipation, profession, sports, obésité …),

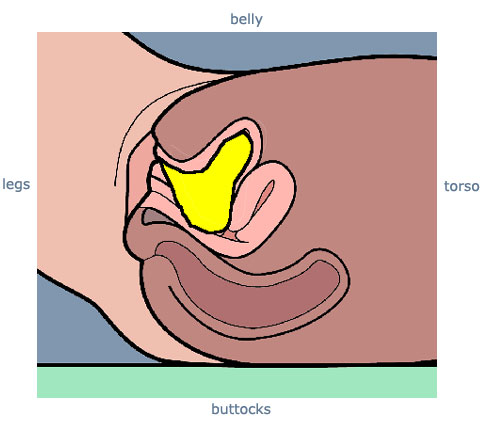
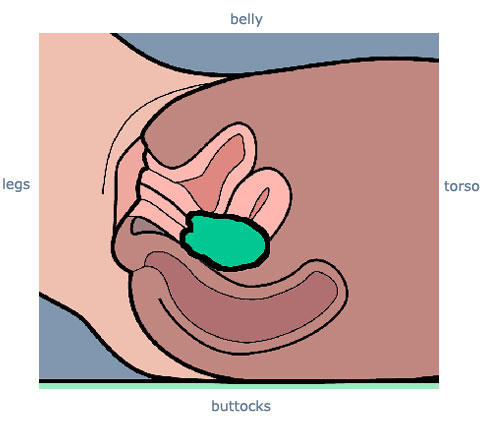
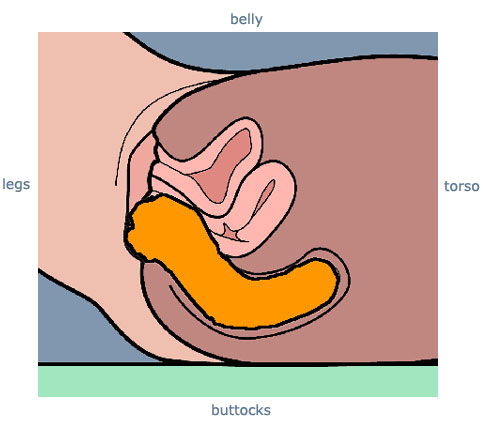
- génétique



1. Incontinence masquée

**- IUE masquée par un prolapsus = Effet pelote**

- Révélation de l’incontinence lors de la réduction du prolapsus

**Cystocèle Hystéroptose Rectocèle**

1. Incontinence urinaire par urgenturie

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

- Physiopathologie

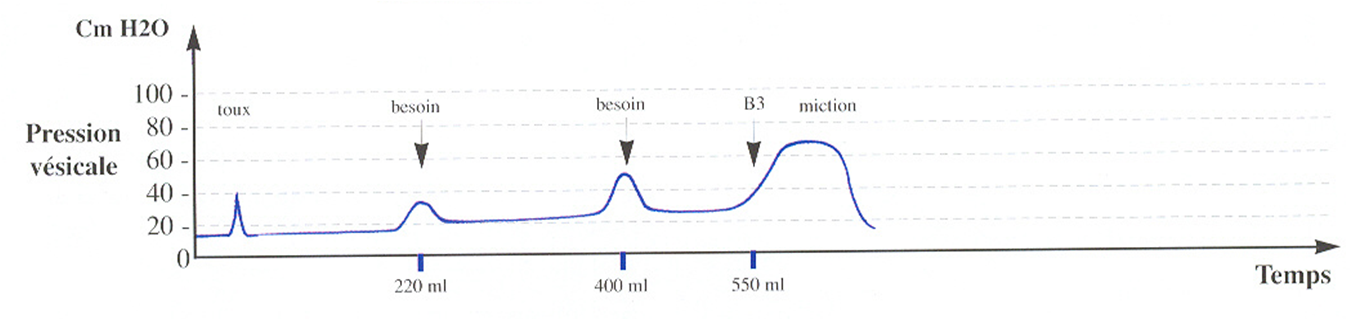
- Contractions vésicales involontaires spontanées ou déclenchées (sensorielle/émotionnelle/réflexe)

- Toutes causes d’irritation vésicale (cystite infectieuse, radique, chimique, interstitielle, carcinome in situ)

- Obstacle (sténose du méat, sténose urétrale, prolapsus génital, intervention dysuriante)

- Maladies neurologiques (SEP, …)

- Sans cause +++++



1. 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

1. Quelle conduite à tenir ?

**- Déterminer le type d’incontinence**

**- A l’effort**

-Par urgenturie

- Mixte

**- Evaluer le retentissement**

- Nombre et types d ’absorbants

- Gène 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**

1. Quel examen clinique ?

- Recherche de fuite à la toux/poussée, étude de la mobilité urétrale, manœuvre [Bonney/Ulmsten](file:///D:\JFH190811\Diapos\JFH\ECU\Films%20Pierre\uro1.mpg)

- Recherche de prolapsus génital C/H/R

- Evaluation des releveurs

- Evaluation de la trophicité vaginale

- Examen neurologique du périnée

1. Echec ou récidive : 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%)

1. Quels examens ?

**- Clinique ++ (normal)**

- Complémentaires : à la demande

- ECBU

- Cytologie urinaire

- Echographie pelvienne et rénale

- Cystoscopie (tumeur vésicale, corps étranger, obstacle ???)

- TDM abdomino-pelvienne

1. 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)

- Caillotage 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-rénoscopie souple (diagnostique et thérapeutique)

1. 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

1. Anomalies du sperme

- Azoospermie : Pas de spermatozoïde dans le sperme

- Oligozoospermie : Moins de 15 000 000 de spermatozoides/ml de sperme

- Asthénozoospermie : Moins de 40% de spermatozoïdes mobiles dans le sperme

- Tératozoospermie : Moins de 15% de spermatozoïdes normaux dans le sperme

- Oligo-asthéno-tératozoospermie (OAT)

1. 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, hyperuricèmie

- 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

- Uretère 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)

1. Douleur de Bourse

*a) Douleur aigue*

- Torsion du testicule

- Torsion d’hydatide

- Orchiépididymite

- Hernie inguino-scrotale étranglée

- Traumatisme des bourses

- Colique néphrétique

- Œdème idiopathique des bourses

- Cellulite, Abcès, 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, épididyme 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, serpigineuse, 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, Abcès, Fournier

- chroniques

* Cancer du testicule
* Hydrocèle
* Kyste du cordon
* Kyste de l’épididyme
* Nodule épididymaire
* 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 bource 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