Sémiologie urologique

Le programme

- Rappel anatomique
- L'examen clinique en urologie
- Rappel de physiologie vésico-sphinctérienne
- Le bilan urodynamique
- Pollakiurie
- Impériosités
- Rétention d'urines et dysurie
- Incontinence urinaire féminine
- Hématurie
- Troubles sexuels et anomalies du sperme
- Coliques néphrétiques
- Douleurs scrotales
- Grosses bourses

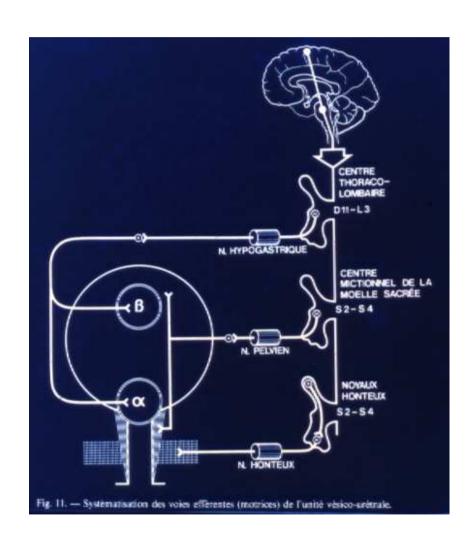
Rappel du fonctionnement vésicosphinctérien

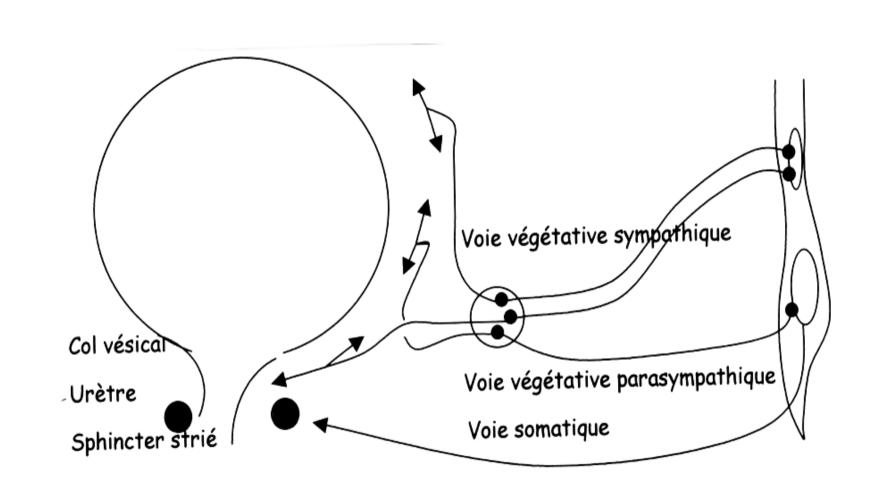
- Alternance remplissage vésical miction = équilibre entre :
 - Forces d'expulsion (contraction du détrusor et éventuellement poussée abdominale
 - Forces de retenue (col vésical, sphincter lisse et strié, résistance urétral)
- Bonne miction = contraction du détrusor + ouverture du col vésical et du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

Innervation vésico-sphinctérienne

- Système végétatif
 - Centre sympathique lombaire (D12-L2)
 - α (col vésical, urètre sousvésical) + = 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, p Σ 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 Σ⊕ : Urécholine favorise la miction para Σ- : Atropine, Oxybutinine favorise la continence	 α⊕: Adrénaline, Ephédrine favorise la continence α-: Alfusozine, Terasozine favorise la miction L'action sur les récepteurs β est moins nette et est peu utilisée en pratique clinique

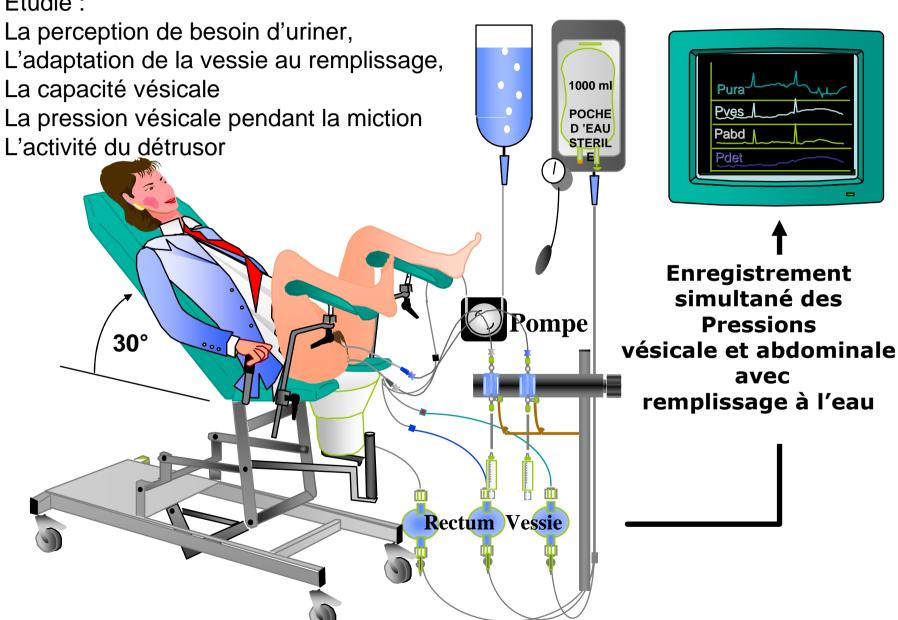
Débitmétrie



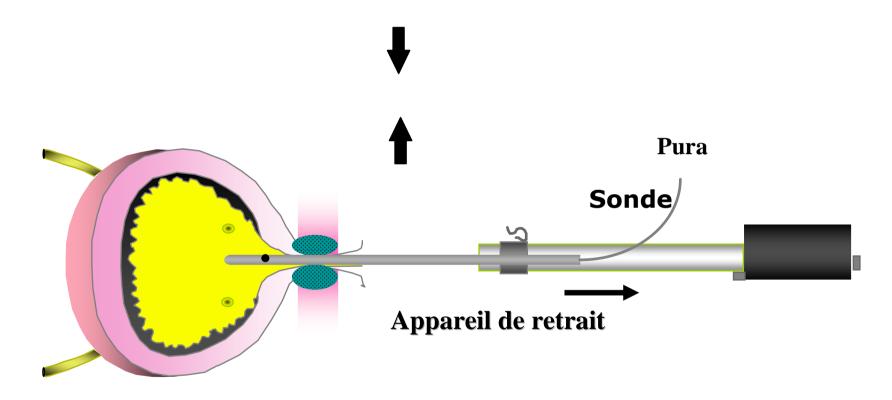
- Mesure du volume mictionnel, de la durée de la miction, du débit maximal
- Normalité : Q max ≥ 15 ml/s pour une miction d'au moins 150 ml, aspect de courbe en cloche

Cystomanométrie

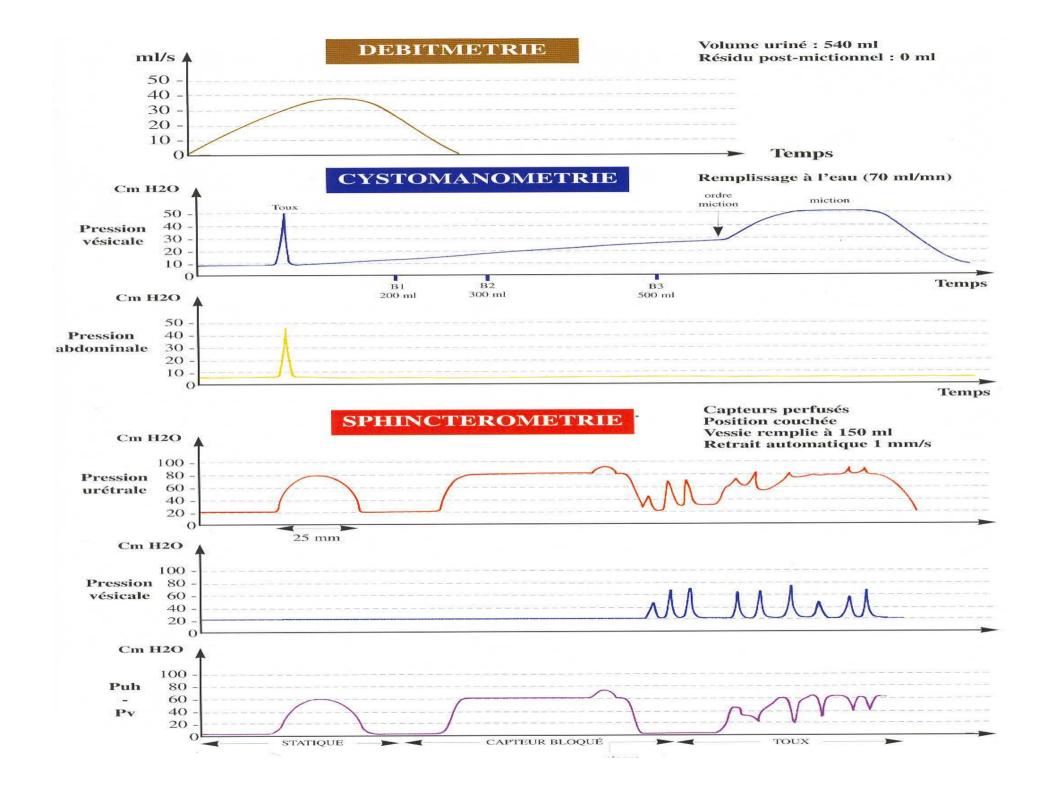
Etudie:



Profilométrie urétrale ou sphinctérométrie



Etudie la qualité du système sphinctérien urétral



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

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

Pollakiurie

- Préciser le caractère diurne ou nocturne
- Sa fréquence
- Son retentissement

S'aider d'un calendrier mictionnel

Pollakiurie : 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 ...)

Pollakiurie : diagnostic étiologique

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

Pollakiurie: étiologies

- 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

Impériosités mictionnelles

- Envies pressantes d'uriner qu'il n'est pas toujours possibles de retenir (incontinence urinaire)
- Terme remplacé par <u>URGENTURIE</u>
 - 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

RETENTION AIGUE D'URINE

- Rétention aigue d'urines # 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

- sonde urétrale

Sondage urétral

- 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

Sondage urétral

Complications:

- infections urinaires
- prostatite aigue
- sténose urétrale

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

Indications

Sondage urétral sauf si contre indication

Bilan

- 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

Etiologies (1)

- 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

Etiologies (2)

- Enfant:

- valves de l'urètre postérieur
- tumeur pelvienne, sarcome du sinus urogénital
- urétérocèle prolabée

Etiologies (3)

- Dans les deux sexes :
 - caillotage vésical,
 - tumeur vésicale,
 - tumeur rectale,
 - calcul vésical,
 - corps étranger urétral,
 - vessie neurologique centrale ou périphérique,
 - vessie claquée,
 - dysurie réflexe à pathologie anorectale,
 - médicament.

CAT à distance

- Cause urologique :
 - opérable --> chirurgie
 - inopérable → SAD, SI prothèse endourétrale

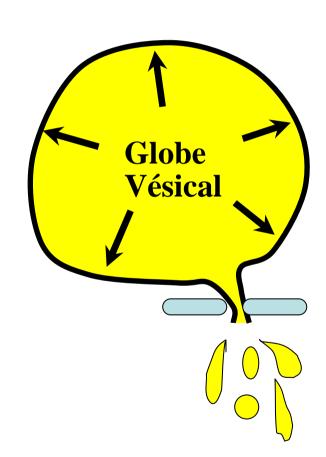
- Cause neurologique :
 - traiter la cause
 - médicament α
 - SAD, SI
 - autres

Dysurie

- 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)

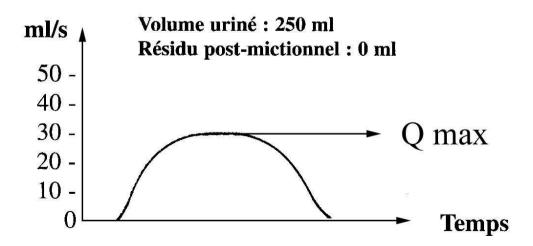
Dysurie

- 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 \ge 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)

Incontinence urinaire féminine

 Perte <u>involontaire</u> d'urines par le <u>méat</u> <u>urétral</u> à l'origine d'une <u>gène</u>

Incontinence urinaire à l'effort

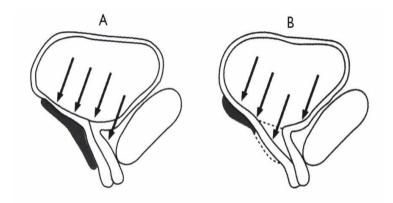
- Fuites en jet
- Après un effort physique
- Eternuement> toux>marche>changement de position
- Habituellement pas de fuites nocturnes
- Facilité d'adaptation

Incontinence urinaire d'effort Physiopathologie

- Hypermobilité urétrale
- Insuffisance sphinctérienne

Causes:

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



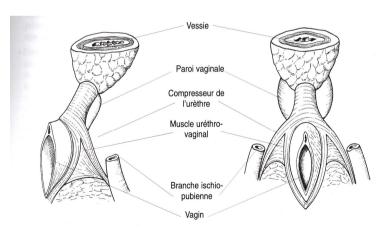
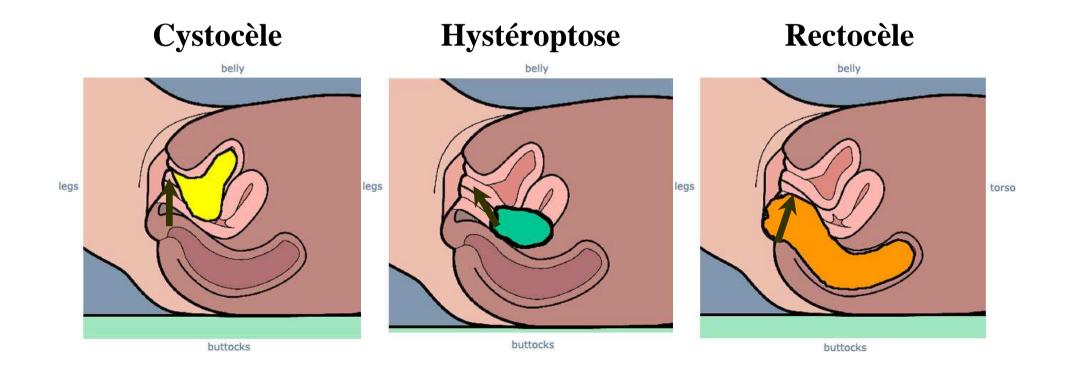


Figure 5 : Disposition des éléments du sphincter strié para-uréthral.

Incontinence masquée

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



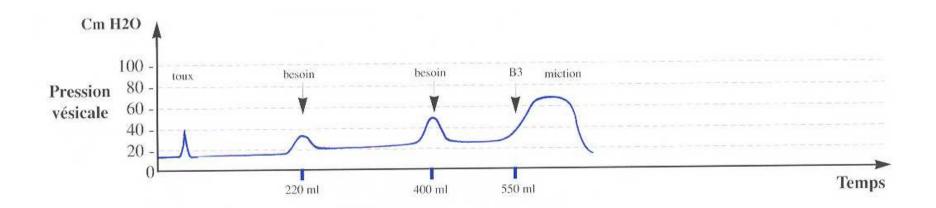
Incontinence urinaire par urgenturie

 Fuite involontaire d'urine accompagnée ou immédiatement précédée d'une urgenturie

 Urgenturie : désir soudain, impérieux et fréquemment irrépressible d'uriner

Incontinence urinaire par 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 +++++



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

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

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

Echec ou récidive : Que faire ?

- - 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%)

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 médicochirurgicaux
- Examens et traitements antérieurs
- Echelle Ditrovie, questionnaire Contilife
- Catalogue mictionnel

Quels examens?

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

Hématurie

- Définition : émission d'urines contenant du sang
 - Macroscopique : urines sanglantes colorées en rouge +/- sombre (du rosé de provence au Saint-Emilion !!)
 - 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
 - Phénolphtaléine
 - Desféral
 - Phénotiazine
 - Phénytoïne
 - Rifampicine ...
- 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 - 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

Hématurie Macroscopique

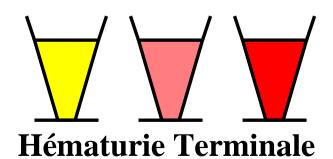
•<u>Totale</u>: haut appareil MAIS toute hématurie importante est totale

•<u>Initiale</u>: origine prostatique ou urétrale

• Terminale: origine vésicale







Rechercher son étiologie 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 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)

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
 - Ejaculation 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

Anomalies du sperme

- Azoospermie
 Pas de spermatozoïde dans le sperme
- Oligozoospermie
 Moins de 20 000 000 de spermatozoides/ml de sperme
- Asthénozoospermie
 Moins de 30% de spermatozoïdes mobiles dans le sperme
- Tératozoospermie
 Moins de 30% de spermatozoïdes normaux dans le sperme
- Oligo-asthéno-tératozoospermie (OAT)

Mécanisme

Mise en tension brutale des cavités pyélocalicielles

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)

Diagnostic Clinique

Signes physiques

Douleur à la palpation et à l'ébranlement de la fosse lombaire

Abdomen météorisé

BU

GR +

Diagnostic Clinique

Eliminer une CN compliquée

- ·CN fébrile, BU+ (pyélonéphrite obstructive)
- ·CN + anurie (IRA obstructive: CN bilatérale, rein unique)

Obstacle intrinsèque

Etiologie

Obstacle Extrinsèque

- Lithiase +++
- Tumeur urothéliale
- Caillotage VES
- •SD JPU, Uropathie malformative
- Sténose urétérale
 - Tuberculose
 - Bilharziose
 - •Radiothérapie
 - •latrogène
- Nécrose papillaire

- •Adénopathies (lomboartiques, 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

Enquête Etiologique

ATCD Med

- ·Lithiase
- ·Cancer uro-gynéco
- ·Goutte, hyperuricèmie
- ·Tuberculose

ATCD Chir

- ·Chir gynéco (hystérectomie)
- ·Chir colo-rectale
- ·Chir vasculaire aorto-iliaque
- ·Chir endoscopique

Mode de vie

- ·Tabac
- ·Amines aromatiques
- ·Mali, Mauritanie

Médicaments

- ·Crixivan* (Indinavir)
- ·Cycloteriam* (Triamterène)

Examen Clinique

·Toucher pelvien ++++

Bilan biologique

Créatininémie

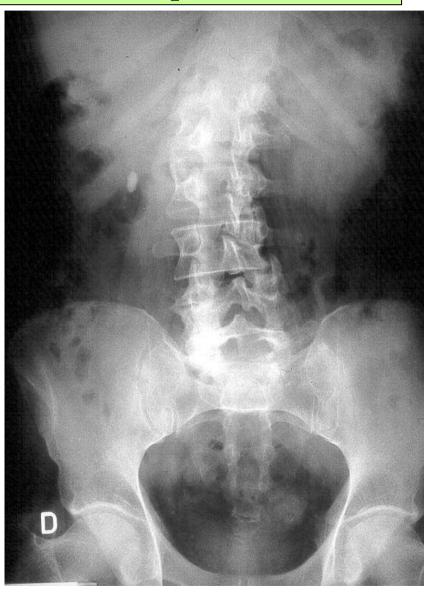
ECBU + antibiogramme

Rx: en urgence

<u>ASP couché</u>

- ·Opacité de tonalité calcique
- ·Aires rénales et les trajets urétéraux

- ·Dilatation des cavités rénales
- ·Visualisation du calcul (rare):
 - Hyper-échogène
 - Cône d'ombre postérieur
- ·Uretère difficile à voir sauf à ses 2 extrémités

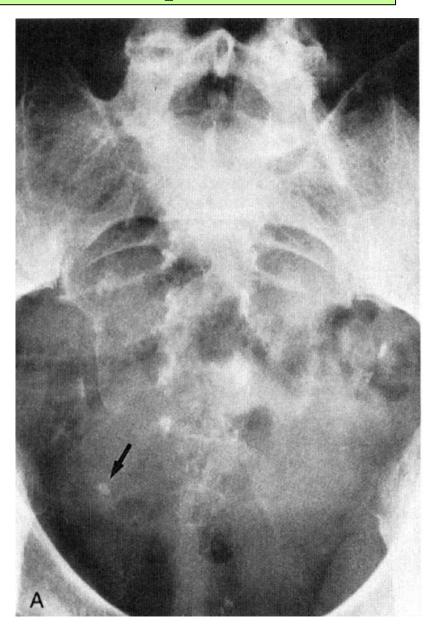


Rx: en urgence

ASP couché

- ·Opacité de tonalité calcique
- ·Aires rénales et les trajets urétéraux

- ·Dilatation des cavités rénales
- ·Visualisation du calcul (rare):
 - Hyper-échogène
 - Cône d'ombre postérieur
- ·Uretère difficile à voir sauf à ses 2 extrémités



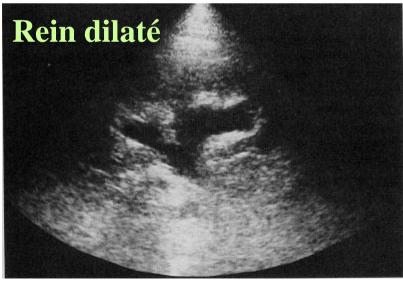
Rx: en urgence

ASP couché

- ·Opacité de tonalité calcique
- ·Aires rénales et les trajets urétéraux

- ·Dilatation des cavités rénales
- ·Visualisation du calcul (rare):
 - Hyper-échogène
 - Cône d'ombre postérieur
- ·Uretère difficile à voir sauf à ses 2 extrémités



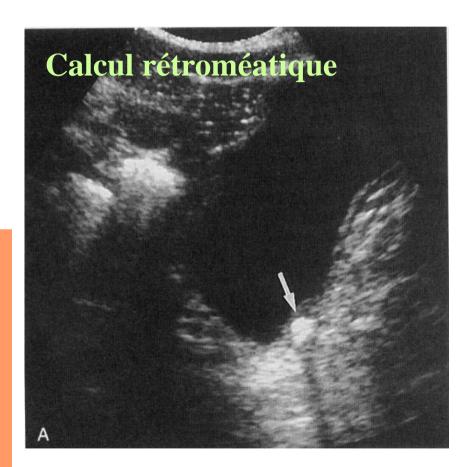


Rx: en urgence

ASP couché

- ·Opacité de tonalité calcique
- ·Aires rénales et les trajets urétéraux

- ·Dilatation des cavités rénales
- ·Visualisation du calcul (rare):
 - Hyper-échogène
 - Cône d'ombre postérieur
- ·Uretère difficile à voir sauf à ses 2 extrémités

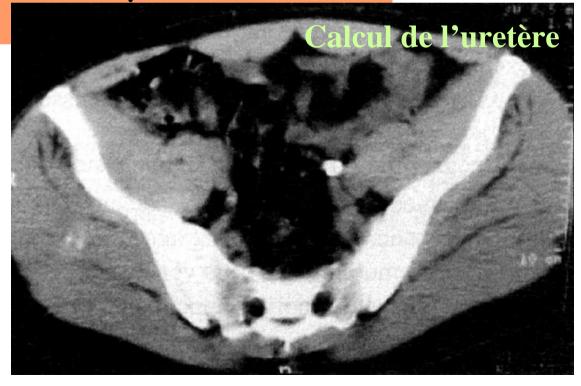


Rx: en urgence

TDM sans injection

- ·TDM hélicoïdal, coupes fines
- ·Dilatation des cavités rénales
- ·calculs radio-opaques et transparents visibles

·bonne sensibilité



Rx: si doute diag.

<u>UIV</u>

- ·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?



<u>Uro-scanner: remplace aujourd'hui l'UIV</u>

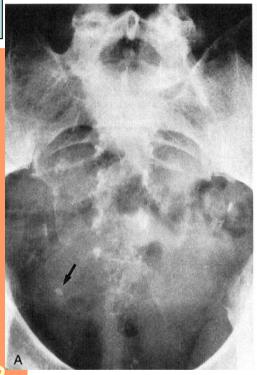
Rx: si doute diag.

<u>UIV</u>

- ·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

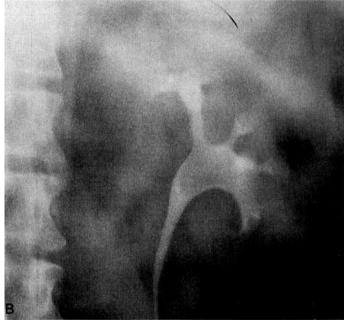
Rx: si doute diag.

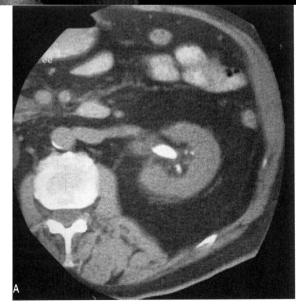
- ·Diagnostic de certitude
- ·Siège et taille des calculs
- ·SD obstructif:
 - -Retard de de sécrétion
 - -Dilatation des cavités rénales
 - -Arrêt net du PDC
 - Retard d'excrétion
- ·Calcul:
 - radio-opaque: comparer à ASP
- radio-transparent: image lacunaire : Anomalies de l'arbres urinaires?

Uro scanner

- ·Lithiase radio-transparente
- ·Lithiases de petite taille
- ·Etiologies non lithiasiques







Traitement

<u>Boisson</u>

- ·Restriction hydrique si douleur
- ·Boire normalement en l'absence de douleurs

Antalgiques

- ·AINS: PROFENID*
- ·Antalgiques classiques: IXPRIM*
- · Morphine
- ·Cocktail antalgique

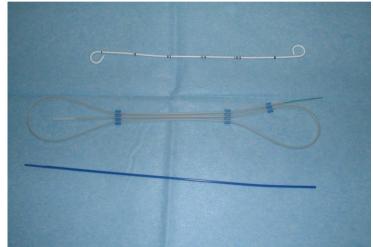
Surveillance

- ·Tamisage des urines
- ·Surveillance : température, diurèse, douleurs
- ·Revoir à distance

Traitement: cas particuliers

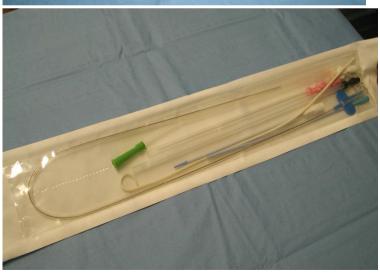
CN Fébrile

- ·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



Douleur de Bourse

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, antihoraire 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

Torsion du cordon spermatique

Douleur

- •Siège: bourse
- Irradiation: Inguinale, Fosse iliaque
- •Intensité: très intense
- <u>Chronologie:</u> 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

Torsion du cordon spermatique

Aucun examen complémentaire nécessaire +++

Exceptionnellement Echographie doppler

<u>Intervention en urgence +++</u>

Exploration

Détorsion

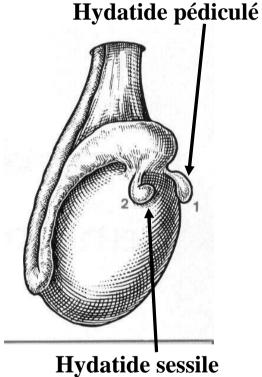
Evaluation

Orchidopexie BILATERALE

Parfois orchidectomie (patient prévenu)

Diagnostics différentiels

Torsion d'Hydatide



Douleur aiguë de bourse, non fébrile, chez un homme jeune ou un enfant = Exploration chirurgicale de bourse en urgence

Diagnostics différentiels

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

Diagnostics différentiels

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, génitourinaire
Mortalité +++

Prise en charge rapide en réanimation avec parage large des tissus nécrotiques

Douleur de Bourse

Douleur Chronique

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

Douleurs testiculaires chroniques idiopathiques

Epidémiologie

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

Diagnostic Clinique

Examen des bourses: Normal

Douleur chronique

Siège: scrotale, uni ou bilatérale

Irradiations: +/- aine, périnée, dos, jambes

Intensité: souvent modérée

Chronologie: continue ou intermittente

<u>Facteur aggravant</u>: spontanée ou exacerbée par les activités physiques ou le contact

<u>Définition</u>: 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

Veine Spermatique Gche:

- ·Angle raccordement à angle Drt
- ·Long trajet
- ·Valvules absentes ou incontinentes dans 50% des cas

Varicocèle secondaire

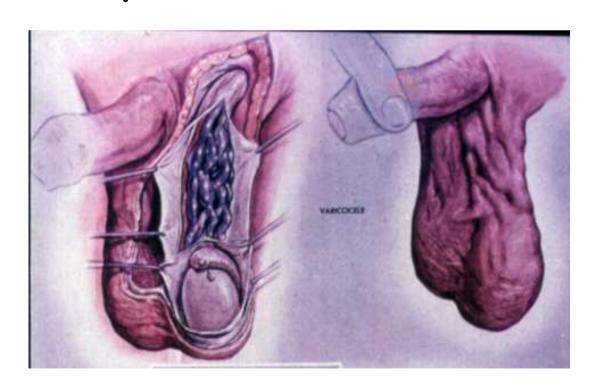
Tumeur du rein

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

Grosses bourses

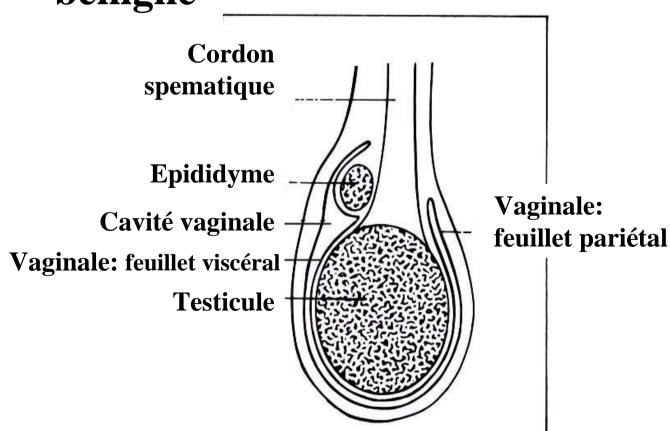
aigues

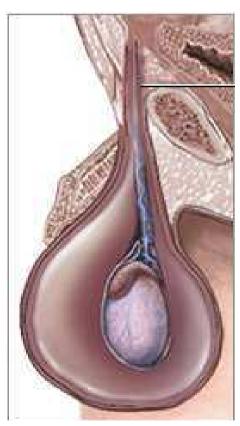
- Torsion du testicule
- Orchiépididymite
- •Hernie inguino-scrotale étranglée
- Traumatisme des bourses
- •Gangrène de Fournier
- •Œdème idiopathique des bourses
- •Purpura Rhumatoïde
- •Cellulite, Abcès, Fournier

chroniques

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

<u>Définition</u>: 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



Examen Clinique

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

Intérêt de l'échographie

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

Cancer du testicule

- Toute masse <u>testiculaire</u> 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