UE4 - Cours du 10/12/2013

10h30 - 12h30

Pr. Hermieu

Ronéotypeuse : Olivia Baïni

Ronéoficheur : Fabrice Damasse

UE4 : rein et voies urinaires

**Cours 18 : L’examen clinique en urologie**

**début du cours 19 : sémiologie urologique : rappel du fonctionnement**

**vésico-sphinctérien**

Plan :

Cours 18 : L’examen clinique en urologie

**I. Examen abdominal**

**1. Inspection**

**2. Palpation**

**3. Percussion**

**4. Auscultation**

**II. Examen des fosses lombaires**

**III. Examen des organes génitaux externes (OGE) chez l'homme**

1. **Verge**
2. ***phimosis et paraphimosis***
3. ***maladie de La Peyronie***
4. ***ulcération et chancre***
5. ***écoulements pathologiques du méat***
6. ***tumeur***

**2. Bourses**

**IV. Examen de la prostate**

**V. Examen neuro-urologique**

**VI. Examen clinique d'une femme incontinente**

**1. Inspection**

**2. Palpation**

**3. Spéculum**

**4. Touchers pelviens**

**5. Manœuvres**

***a. Manœuvres urétrales***

***b. Manœuvres des valves***

**6. Examen neurologique du périnée**

Début du Cours 19 : Rappel du fonctionnement vésico-sphinctérien

**I. Innervation vésico-sphinctérienne**

**II. Examen urodynamique**

1. **débitmétrie**
2. **Cystomanométrie**
3. **Profilométrie urétrale ou sphoncterométrie**

*NB : diapo du programme de la sémiologie urologique de cette semaine ( ?) :*

**Rappel anatomique**

**L’examen clinique en urologie**

**Rappel de physiologie vésico-sphinctérienne**

**Le bilan urodynamique**

Pollakiurie

Impériosités

Rétention d’urines et dysurie

Rétention d'urine et dysurie (suite)

Incontinence urinaire féminine

Hématurie

Troubles sexuels et anomalies du sperme

Coliques néphrétiques

Douleurs scrotales

Grosses bourses

*Le prof compte faire les trois cours sur deux séances. Il n’y aura donc a priori, pas d’amphi d’UE4 vendredi.*

**Cours 18 : L'EXAMEN CLINIQUE EN UROLOGIE**

*Le prof a commencé par un rappel anatomique basique en demandant à quatre personnes (désignées volontaires) de dessiner au tableau le haut appareil urinaire (rein + uretères) , le bas appareil urinaire chez la femme ( vessie + urètre), celui de l'homme (//) et un testicule.*

**I. Examen abdominal**

**1. Inspection**

On recherche **des cicatrices :**

* de lombotomie : transversale sur le côté, c'est là qu'on ouvre pour opérer les reins.
* sous-costale que l’on appelle « incision sous-costale »
* Illiaque = incision iliaque
* médiane
* de Pfannenstiel : signe d'une opération sur l'utérus. transversale "à la racine des poils pubiens", La cicatrice est basse, au niveau du **petit bassin**
* Inguinale = incision inguinale
* scrotale : sur les bourses, elles peuvent être transversales ou bien médianes (sur le **raphé médian**).

Elles peuvent être des zones d’éventration.

**2. Palpation**

On recherche :

* une **masse** abdominale. Ex : *Dans la région lombaire on peut trouver un gros rein qui normalement ne peut être palpé*
* une **hépatomégalie** et/ou une **splénomégalie**
* un **globe vésical** : dans la région hypo gastrique : une masse arrondie, rénitente (qui résiste de façon élastique à la pression) sus-pubienne, mate à la percussion, convexe vers le haut, sensible, on augmente l'envie d'uriner du patient quand on appuie dessus. Rappel : *quand la vessie est vide, elle n'est pas palpable car elle se trouve derrière le pubis.*
* une **hernie** au niveau des orifices herniaires :

o ombilical

o inguinal : au-dessus de l'arcade fémorale (*c’est par là que passent les vaisseaux et les canaux à destination des testicules*).

Chez l'homme, pour le palper il faut refouler un peu la peau des bourses. On peut demander au patient de tousser lorsqu’on a le doigt au niveau de l’orifice inguinal. Si on sent une masse qui vient au contact de notre doigt, il y a probablement une hernie avec par exemple « un bout d’intestin »

o crural : en dessous de l'arcade fémorale

Si la hernie n'est pas réductible (*on n'arrive pas à la faire disparaître en appuyant dessus*) c'est qu'elle est étranglée, il s'agit d'une urgence

On évalue aussi la souplesse de l'abdomen : s'il est souple, c'est normal. Sinon, il peut y avoir :

* une **douleur provoquée**, notamment aux points :

o de *Mac Burney* droit (appendicite) ou gauche, situé au tiers externe de la ligne reliant l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic, situé dans la fosse iliaque droite

o de *Murphy* (pathologie de la vésicule biliaire), situé dans l'hypochondre droit

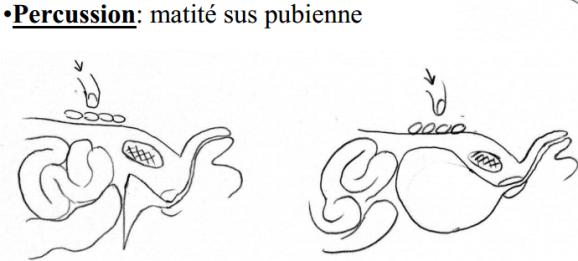
* une **douleur à la décompression** *(quand on retire la main de l’endroit ou l’on vient de palper*): signe d'irritation péritonéale
* une **défense** : contraction involontaire de la paroi abdominale, qui s'oppose à la palpation profonde, mais qui peut être vaincue par le tact (« *si vous palpez gentiment* ») et qui s'aggrave à la palpation brusque.

Elle peut signer une inflammation localisée du péritoine qui, s’y elle se diffuse, provoque :

* une **contracture** : contraction involontaire, douloureuse, permanente et invincible de la paroi abdominale (aussi appelée **ventre de bois**).

Elle signe un péritonite qui est une **urgence chirurgicale.**

**3. Percussion**

On recherche :

* un météorisme : tympanique
* une ascite : matité qui témoigne de l’épanchement
* un globe vésical : matité sus-pubienne

**4. Auscultation**

On recherche :

* les bruits hydroaériques : s'ils sont absents : syndrome occlusif. Ils signent donc l’arrêt du transit
* un souffle, provoqué par la sténose d'une artère abdominale.

**II. Examen des fosses lombaires**

**Palpation** : on recherche une masse par **contact lombaire** : on met une main au niveau de la fosse lombaire (dans le dos, donc) et l'autre au même niveau mais sur le ventre. On appuie avec la main qui est sur le ventre et si on arrive à sentir le rein avec la main qui est dans le dos, c'est que le rein est trop gros.

**Percussion** : on cherche une douleur à l'ébranlement de la fosse lombaire.

**Auscultation** : on cherche un souffle, signe d'une sténose de l'artère rénale. Normalement on ne doit rien entendre.

**III. Examen des organes génitaux externes chez l'homme**

**1. Verge**

1. **Phimosis et paraphimosis**

**Phimosis** : rétrécissement de l'anneau prépucial qui empêche ou gêne le décalottage du gland. Les conséquences d'un phimosis sont une mauvaise hygiène qui augmente le risque d’infection et un inconfort lors des relations sexuelles.

Traitement chirurgical : on élargit le prépuce, ou bien on l'enlève (circoncision).

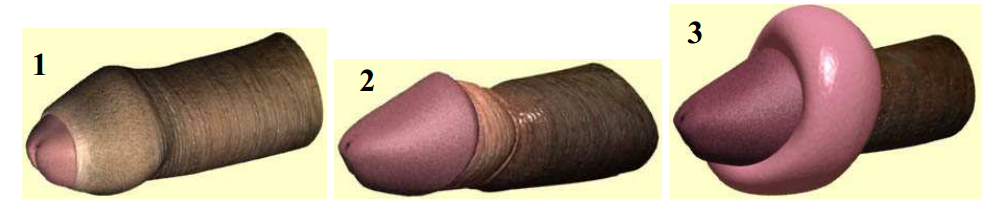
*NB : cause possible de phimosis : à la naissance, le prépuce adhère naturellement au gland. Avant, il existait des séances de décalottage par les pédiatres qui tiraient violemment dessus. Cela faisait saigner le jeune enfant et pouvait conduire à un prépuce fibreux et donc finalement à un phimosis.*

**Paraphimosis** : étranglement du gland par le collet prépucial trop étroit lorsque le prépuce a été décalotté.

Ce collet prépucial va gêner le retour veineux, d’où un gonflement important (*d’où un inconfort plus qu’important*). (image 2)

*Ca arrive notamment en réanimation où, pour la toilette, les infirmières décalottent le gland et oublient de le recalotter après.*

Traitement : il faut réduire le paraphimosis : on appuie sur le gland en maintenant le prépuce pour le refaire passer dessous.



Plus on attend plus le paraphimosis va être difficile à réduire (image 3).

1. **Maladie de La Peyronie**

C'est une maladie qui touche le corps caverneux : il y a formation de plaques fibreuses, empêchant le corps caverneux de s'étendre à l'érection (= afflux de sangle dans les corps érectiles), ce qui donne un angle.

On ne connaît pas la cause de cette maladie et il n'y a pas de traitement médicamenteux.

Ttt : La seule solution est une intervention correctrice lorsque l’angulation est trop importante, mais on perd en longueur (environ 1 cm pour une correction de 10°). Cependant, c’est une maladie évolutive, il peut donc se former d’autres plaque fibreuses.

On ne voit pas la plaque de l’extérieur et on peut voir l’angulation seulement lors de l’érection. Il faut donc demander au patient d’amener des photos de la verge en érection :

1. **Ulcération et Chancre**

|  |
| --- |
| *"Mesdames, passez votre chemin si vous voyez ce genre de choses."*  Ces lésions sont précancéreuses.  **Ulcérations due à l'herpès génital** : Généralement, l’infection commence par une sensation de brûlure, suivie d’une petite vésicule (comme une goutte d’eau), qui se rompt, en donnant une petite ulcération, qui guérit en général spontanément après quelques jours. C’est une affection assez fréquente. |
| **Chancre syphilitique (MST)** : c'est une ulcération qui ne guérit pas spontanément. A la palpation (avec des gants !), la lésion est indurée. Il est témoin d’une syphilis. |
| **Chancre mou** : ça devenait très rare, qu'il fallait prendre des gros risques, *et aller dans "les bas quartiers, avec de la pute à 2 euros 50".*   1. **Ecoulements anormaux au niveau du méat**   **Urétrorragie** : écoulement sanguin provenant de l’urètre |
| On peut avoir du **pus au méat**, en cas :   * d'urétrite à Chlamydia (fréquent) : souvent asymptomatique. Ca se transmet facilement, le problème étant que le Chlamydia peut boucher les voies génitales (au niveau de l'épididyme chez les hommes et des trompes chez les femmes). | |
| * d'urétrite à Gonocoque : là encore il a fallu prendre des. Le terrain est caractéristique : en général il s'agit d'un patient à POM (*Partenaires Occasionnels Multiples*). C'est très douloureux, avec une sensation de "pisser en lame de rasoir", il faut un traitement minute (antibiotiques + injection), et faire une sérologie.      1. **Tumeur**  * **Cancer** * **Condylome**, qu'on appelle aussi des **végétations vénériennes** ou **crête de coq** (*pas de photo dans les diapos)* : ressemblent à de petites verrues. Elles sont dues à l'HPV, qui est très contagieux (*même avec un préservatif, donc, une fois de plus : "mesdames, passez votre chemin"*). En plus il ne faut pas oublier qu'HPV est oncogène.   **2. Les bourses**  **Inspection** : on cherche une rougeur (inflammation), une ecchymose (*« comment on fait pour avoir les bourses violettes ? hein ? … un coup de pied, un coup de pied dans les couilles »)*, une varicocèle  **Palpation** : à deux mains, entre le pouce et l'index. On palpe sans gant, pour mieux sentir les choses… Il faut pincer la bourse (*avec gentillesse)* pour faire glisser la surface du testicule (lisse).  On peut palper :   * le **t*esticule*** : il doit avoir une surface lisse, être sensible mais non douloureux. Il faut apprécier la taille (*entre 12 et 15 cm3* ) et la consistance (qui doit être rénitente).   Il faut rechercher une **tumeur du testicule** : une masse dure, indolore, **séparée de l'épididyme par un sillon**. Tout nodule du testicule doit être considéré comme un cancer du testicule jusqu'à preuve du contraire !   * Il faut rechercher aussi une***cryptorchidie*** : si un testicule (ou les deux) est resté dans l'abdomen,   ou une ***ectopie*** *:* il a commencé à descendre, mais n'est pas arrivé jusque dans le scrotum.  Il y a un retentissement psychologique *(«…le mec à chaque fois qu’il voit une copine, elle lui dit : oh dis donc toi t’en as qu’une »),* une stérilité (en effet la production d’hormones est possible mais pas celle de spermatozoïdes) et un risque de cancer.   * C'est pourquoi il faut absolument faire descendre le testicule dans le scrotum le plus tôt possible. * l*'****épididyme***: à la face postérieure qui doit être régulier (si on palpe une boule, il peut s'agir d'un kyste ou d'un nodule).   On doit pouvoir sentir la tête, le corps et la queue.   * ***le******canal déférent*** : il doit être lisse et ferme. *« cela a une consistance très particulière, selon vos préférences, une corde de piano, corde de guitare ou euh fouet. »*   *« mais blague à part… entrainez vous ce soir à bien palper sur vous-même ou sur votre partenaire préféré »*   * *la* ***vaginale*** (c'est la cavité autour du testicule). Si elle l'est, c'est qu'il y a un **hydrocèle** : du liquide dans la cavité vaginale. Cela donne des grosses bourses. * ***Hydatide* :** ressemble à un grain de mil, juste devant l’épididyme.   **IV. Examen de la prostate**  Il faut faire un toucher rectal. Le patient doit être en décubitus dorsal, les jambes pliées, le TR se fait avec l'index, avec des gants et de la vaseline. On rentre *gentiment* dans l’anus, et, une fois dedans, on effectue un mouvement "d'essuie-glace" avec le doigt.  On évalue :   * la **consistance** de la prostate : normalement elle a la même consistance que *le bout du nez*. En cas de cancer, on va sentir un nodule dur, de *la consistance du front*. S’il y a un abcès, il sera mou comme *la joue.* * la **taille** de la prostate: la prostate pèse 15g. A partir de 45 ans, elle grossit.   Elle est aussi augmentée de volume dans l'adénome.  Il y a des comparaisons pour évaluer la taille de la prostate :  o 15-20 g : prostate plate, de la taille d'un pouce ou d'une châtaigne.  o 20-30 g : balle de ping-pong  o 40-50 g : mandarine  De façon générale, si on n'arrive pas à passer le doigt au-dessus de la prostate, c'est qu'elle fait plus de 50 g.  o <60-70 g : balle de tennis l   * la **symétrie** (avec un sillon médian) * s'il y a une **douleur** * le **tonus du sphincter anal** * les **vésicules séminales,**  le **plancher vésical,**  le **cul de sac de Douglas** * s'il y a un **fécalome**   **V. Examen neuro-urologique du périnée :**    Motricité :    Sensibilité :    **VI. Examen clinique d'une femme incontinente**  NB : A l’interrogatoire on aura pris note des Fdr de fragilisation du périnée : grossesse, efforts de poussée abdominale à glotte fermée (sport, porter des charges lourdes, toux chronique (ex : tabac))  Cet examen doit se faire lorsque la **vessie** est **pleine**, en position gynécologique, puis éventuellement debout,. Il faut rassurer la patiente et respecter sa pudeur (*éviter de faire l'examen devant 10 externes, le cabinet ouvert*).  Il y a un premier temps statique (au repos), puis un deuxième dynamique pendant lequel on demande à la patiente de faire un effort de toux ou de poussée abdominale pour voir si ça provoque une descente d'organe.  L’examen se fait en 6 temps :   1. **Inspection**   On regarde :   * S’il y a une **surcharge pondérale** (plus grand poids sur les muscles du périnée) * **l'état de la paroi abdominale** : s'il y a des cicatrices, une **éventration** : une hernie développée sur un orifice acquis * si la vulve est fermée. Si elle ne l'est pas, on parle de **béance vulvaire.** (facilite le collapsus génital) * s'il y a des **cicatrices vaginales.** ex : **épisiotomie** * la **couleur de la vulve** : elle doit être rose soutenu. Si elle est rose pâle, c'est dû à la carence ostrogénique de la ménopause. * s'il y a un **écoulement vaginal** (ce qui est anormal), des **lésions de macération** (*lorsque les femmes incontinentes portent des couches par exemple*…), des **lésions dermatologiques**, des **brides hyménéales** : si l'hymen n'a pas été correctement. * la **trophicité vaginale :** le vagin doit être rose vif * la **distance ano-vulvaire : 3 cm environ**   A la poussée, il ne doit pas y avoir une mobilité de plus de 2-3 cm : pas de descente excessive ou d'extériorisation d'organe.   1. **Palpation**   C'est la même qu'au-dessus, on cherche une masse abdominale, un globe vésicale, une hernie.   1. **Le spéculum**   NB : il a plusieurs types de spéculum : métallique (solides mais froids et à nettoyer) et en plastique.  Normalement, l'introduction du spéculum doit être **indolore**. On l'introduit d'abord **transversalement** au niveau de la vulve**, puis obliquement vers le haut et l'arrière.**  On va pourvoir inspecter le col et faire des frottis- cervicaux  La manoeuvre de Pozzi consiste à attraper le col utérin avec une pince et à tirer dessus. Normalement il ne doit pas descendre de plus de 2cm.   1. **Les touchers pelviens**   **Palpation de l'urètre** : De temps en temps on sent à la partie supérieure et antérieure du vagin, le long de l’urètre, une boule, qui s’appelle le diverticule de l’urètre  Le **toucher vaginal** : il faut introduire le majeur pour abaisser la fourchette vulvaire (c'est la partie postérieure de la vulve) avant d'introduire l'index en respectant l'obliquité du vagin. Il doit être indolore. On recherche une masse pelvienne (en s'aidant d'un toucher abdominal). On évalue aussi la longueur du vagin (la normale est de 9 cm).  Au **toucher rectal**, on cherche un fécalome, une masse rectale, un saignement, et on évalue la tonicité du sphincter anal.  Au **toucher bidigital** (doigts en crochet : un doigt dans le vagin et l'autre dans l'anus), on cherche une **élytrocèle** : il s'agit d'une hernie du cul de sac de Douglas dans le vagin.  Il faut faire un **testing des releveurs** : on met les deux doigts à la paroi postérieure du vagin, on demande à la patiente de contracter et on évalue la force.  De même on cherche **une inversion de commande** : quand la patiente cherche à se retenir, elle fait un effort de poussée à la place ou sert les genoux et fait travailler ses adducteurs.   1. **Les manoeuvres** *tombe souvent aux partiels...* 2. Les manoeuvres urétrales   On demande d'abord à la patiente de tousser pour voir s'il y a des fuites urinaires  **Manœuvre de Bonney** :. S'il y en a on met deux doigts au niveau du col vésical pour le soutenir et on redemande à la patiente de tousser.  **Manœuvre d'Ulmsten** ou **TVT** ou **MSU** (**Manœuvre de soutènement de l'urètre**) : il s'agit de la même manœuvre sauf qu'on soutient la partie moyenne de l'urètre.  Les manœuvres sont positives s'il y a disparition des fuites urinaires à la toux lorsque l'on soutient l'urètre.   1. Les manoeuvres des valves   Il faut séparer les deux valves du spéculum et ne travailler qu’avec une seule. On recherche :   * une **rectocèle** (= hernie du rectum dans le vagin), on refoule la paroi antérieure du vagin à l’aide du spéculum, ce qui permet d’observer la paroi vaginale postérieure. * une **cystocèle** (=une hernie de la vessie dans le vagin car la paroi vaginale antérieure est détendue), on regarde la paroi vaginale antérieure, on refoule donc la paroi postérieure. * une **hystéroptose** (=descente de l'utérus dans le vagin)   Il existe un score pour les décrire (de R0 à R4 pour la rectocèle, de C0 à C4 pour la cystocèle, de H1 à H4 pour l'hystéroptose) :  0 : pas de prolapsus  1 : au-dessus de l'hymen  2 : au niveau de l'hymen  3 : au dessous de l'hymen  4 : extériorisation complète   1. **L'examen neuro-urologique du périnée**   On teste la motricité et la sensibilité, comme décrit dans la partie V.  Début du Cours 19 : Rappel du fonctionnement vésico-sphinctérien  Il y a une alternance entre le remplissage de la vessie et la miction. Cette alternance dépend d'un équilibre entre : - des **forces d'expulsion** : contraction du détrusor (muscle vésical) et, éventuellement, poussée abdominale.  - des **forces de retenue** : au niveau du col vésical, des sphincters lisse et strié, de l'urètre (quand il y a des résistances).  Une bonne miction nécessite **la contraction du détrusor, l'ouverture du col vésical et du sphincter strié** et une bonne perméabilité de l'urètre.  La miction doit être **volontaire, facile, indolore, complète.**   1. **Innervation vésico-sphinctérienne**   Elle est de 2 types :   |  | | --- | | * le **système végétatif**, qui ne dépend pas de la volonté :   + Centre sympathique thoraco-lombaire : T12-L2   o Les récepteurs **alpha,** situés au niveau du col vésical et de l'urètre sous-vésical, provoquent une **contraction** quand ils sont stimulés.  o Les récepteurs **bêta,** situés sur la vessie, provoquent le **relâchement du détrusor** quand ils sont stimulés.  Ainsi, le **système sympathique** est responsable de la **continence**.   * + Centre parasympathique sacré : S2-S4. Les récepteurs à l'acétylcholine situés sur la vessie provoquent la contraction lorsqu'ils sont stimulés.   Ainsi, le système **parasympathique** est responsable de la **miction.**   * le **système somatique** (dépendant de la volonté) : il est contrôlé par le noyau d'Onuf, situé au niveau sacré. Le **nerf pudendal** innerve le **sphincter strié** et provoque sa **contraction** quand il est stimulé.   Ainsi, le système **somatique** est responsable de la **continence volontaire**.     1. **Bilan urodynamique**   Le bilan urodynamique (BUD) est un **examen fonctionnel des fonctions vésico-sphinctériennes**. Il comporte trois tests : une débitmétrie, une cystomanométrie et une profilométrie urétrale (=sphinctérométrie).  C'est un examen complémentaire **de seconde intention**, on en fait un :   * quand l'examen clinique et les examens complémentaires de première intention 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. **Débitmétrie**  *le prof a suggéré que c’était une bonne idée de QCM (connaitre les chiffres)*   Il faut uriner dans des toilettes spéciales, qui mesurent :   le **volume mictionnel** : il faut qu'il y ait **au moins 150 mL** pour que l'examen soit interprétable.   l’aspect de la courbe du débit de miction : **courbe en cloche.**   le **débit maximal** : il est **normal s'il est supérieur ou égal à 15 mL/s**. |      1. **Cystomanométrie**   On mesure les pressions dans la vessie pendant qu’on la remplit, puis on étudie :   * la **perception** du besoin d'uriner (à quelle quantité on aura envie de pisser) * **l'adaptation de la vessie au remplissage** (pour une très grande augmentation de volume, la pression doit peu augmenter). * la **capacité vésicale** (normalement de 400-500 mL) * la **pression vésicale** pendant la miction. On pisse mal quand il y a un obstacle (la pression serra haute) par exemple ou quand le muscle vésical ne se contracte pas bien (pression basse). * **l'activité du détrusor :** quand la vessie se remplit, la pression augmente douuucement. De temps en temps, la pression augmente très brutalement soit de manière physiologique, soit de manière pathologique ce qui entraine une envie urgente de pisser.C’est **l’hyperactivité de la vessie.**      1. **Profilométrie urétrale ou sphinctérométrie**  |  | | --- | | On va mesurer la **pression** qui existe au niveau du **sphincter de l’urètre.**  Chez la femme c’est : 110 – l’âge (+/- 20 %) . toujours supérieur à 30 cm d’H2O.    *Les courbes ne sont pas apprendre car ce n’est pas de notre niveau.* |   **Dédicaces… :**  A thomas dont j’ai oublié l’anniversaire tellement j’étais obsédée par cette ronéo.. OUPS désolée  Encore joyeux anniversaire !! <3  Aux biarriots (ouais ca se dit comme ca d’après GOOGLE), londoniennes et futur(e)s compagnons de fortune je l’espère : mathou, elsou, sévou (ouais non ca marche aps pr toi ^^), marie K, Elise, Nora, armand, vincent, armin, pierre.  A l’anglais aux misses et au mister.  A Fabrice, binôme de choc (enfin j’ai pas encore lu ta fiche.. ;p)  A champerret, à Kevin et Anaëlle  A ma co-babysitteuse Heidi, et celle qui va nous rejoindre, Laurène. Astrid nous rejoint quand ? Evidemment à Léa ;) !  A mes costagiaires de P2 et de labo : guillaume, Jérôme (ouais achète toi une montre ! ou un cerveau) et mounia (no comment ^^), Franck et Deniz  A juliette et ta passion (obsession ?^^) du chocolat | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |