

UE4: Uro-Nephro (Sémiologie)
Jeudi 12/12/13, 10h30-12h30
Dr HERMIEU
Roneotypeur: Ouriel Hagege
Roneolectrice: Marjolaine Engelmann-Charneau

Cours 19: Sémiologie des Douleurs **Urologiques**

Sommaire

- I. Pollakiurie
 - A. Définitions et généralités
 - B. Diagnostic étiologique
 - 1- Interrogatoire
 - 2- Examen clinique
 - 3- Examens complémentaires
 - C. Étiologies
- II. Impériosité mictionnelle
 - A. Définitions
 - B. Diagnostic Étiologique
 - C. Etiologies
 - D. Brulures mictionnelles
- III. Rétention aigüe d'urines
 - A. Définition
 - B. Deux moyens de lever la rétention
 - 1- Cathéter sous-pubien (KT)
 - 2- Sonde urétrale
 - 3- Que choisir entre sonde et KT ?
 - C. Bilan de la RAU
 - 1- Clinique
 - 2- Para-clinique
 - D. Etiologies des rétentions
 - 1- Chez l'homme
 - 2- Chez la femme
 - 3- Chez l'enfant (pas important)
 - 4- Chez les deux sexes
 - E. CAT (prise en charge) à distance
- IV. Dysurie
 - A. Définition
 - B. Débitométrie
 - C. Conséquences de la dysurie
- V. Incontinence urinaire féminine
 - A. Définition
 - B. Incontinence à l'effort
 - 1- Définition
 - 2- Physiopathologie
- VI. Incontinence urinaire par urgenturie
 - A. Définition
 - B. Physiopathologie
 - C. Autres termes
 - D. Conduite à tenir devant une incontinence
 - E. Examens cliniques à réaliser
 - F. En cas d'échec ou de récurrence

I. Pollakiurie

A. Définitions et généralités

Pollakiurie: **plus de 7 mictions / 24 heures** (donc à partir de **8 par jour**)

Pollakiurie nocturne: **plus d'une miction par nuit** (donc à partir de **2 par nuit**)

Nycturie: besoin d'uriner réveillant le patient

Il faut différencier la pollakiurie de la polyurie:

Pollakiurie > mictions **fréquentes** mais **peu abondantes** (petit pipis nombreux)

Polyurie > mictions **fréquentes** et **abondantes** (longs pipis nombreux avec plus de 2,5L/24h). Elle est causée par:

- excès de boissons
- diabète sucré ou insipide
- Insuffisance rénale chronique (IRC)
- Prise de diurétiques

Devant une pollakiurie on doit:

- préciser le **caractère** diurne ou nocturne
- préciser la **fréquence**
- préciser le **retentissement** (sur la vie sociale par exemple)
- on peut s'aider d'un **calendrier mictionnel**: le patient note quand il va uriner

B. Diagnostic étiologique

1- Interrogatoire à tenir devant une pollakiurie: question tombale !

- Age
- Type de trouble (dysurie, urgenturie, brûlures mictionnelles, incontinence urinaire, voir plus tard dans le cours)
- Date d'apparition et évolution, caractère permanent ou variable
- Association à des troubles ano-rectaux (troubles digestifs) ou génito sexuels (dysfonctions érectiles, impuissance...)
- ATCD: **chirurgicaux** (chir digestive ou pelvienne qui peuvent retentir sur la miction), urologiques (sténose urétrale, chir prostatique...), **traumatiques** (fracture de bassin qui a endommagé l'urètre, trauma pelvi-périnéal), **gynéco- obstétricaux** (grossesse, accouchements difficiles, déchirure par épisiotomie qui a endommagé l'urètre, hystérectomie totale, ménopause), **médicamenteux** (neuroleptiques, antidépresseurs, antiparkinsoniens, alpha-bloquants, diurétiques, anticholinergiques car la vessie possède des Rc à Ach)

2- Examen clinique:

- Globe vésical (masse hypogastrique, convexe vers le haut, mat à la percussion, sensible, dont la palpation augmente l'envie d'uriner)
- Contact lombaire (signe de trauma)
- Méat urétral, organes génitaux externes, orifices herniaires
- TR
- Examen gynécologique
- Examen neurologique du périnée (examen du dos, sensibilité périnéale, réflexe bulbo-caverneux, tonus du sphincter anal...)

3- Examens complémentaires

- ECBU (Examen cyto-bactériologique des urines)
- Examen cytologique des urines (si suspicion de cancer de la vessie)
- Echographie de l'appareil urinaire
- A la demande : TDM, fibroscopie uréthro-vésicale, bactériologie complémentaire, BUD (Bilan Uro-Dynamique)

NB: Le prof a insisté sur un point durant tout le cours: le bilan (interrogatoire-diagnostic-examens) est pratiquement le même pour tous les troubles que l'on va voir dans ce cours. Donc cette partie sur le diagnostic étiologique est détaillée ici par le prof mais par la suite il nous demandera de nous y référer car c'est la même démarche à suivre quelque soit le trouble.

C. Étiologies (tombable ++++)

• Par irritation vésicale

- Cystites (infectieuse, dues aux rayons, chimiques, interstitielles...)
- Tumeur de vessie, CIS (Carcinome In Situ de vessie) qui ne se voit pas à l'échographie, faire une étude bactériologique et/ou fibroscopique.
- Corps étranger (calcul, fil de suture...)
- Calcul du bas de l'uretère
- Obstacle sous-vésical (irritation de la prostate, col vésical, urètre, épaisseur augmentée)
- Lésion de voisinage (sigmoidite, salpingite, appendicite, tumeur pelvienne ...)

• Par réduction de la capacité vésicale

- Vessie séquellaire (diminution de sa capacité) après tuberculose, bilharziose urinaire (parasites qui pondent des oeufs préférentiellement dans les veines peri-vésicales), Radiothérapie, Chimiothérapie
- Compression extrinsèque par tumeur pelvienne qui réduit la capacité vésicale (cancer/ fibrome utérin, cancer/kyste ovarien, tumeur rectale)

• Par origine neurologique (atteinte des nerfs de la vessie: SEP, Parkinson, Paraplégique, AVC)

• Par rétention vésicale chronique (patients qui ne vident pas bien leur vessie)

• Par irritation urétrale (urétrites)

• Par inflammation prostatique (prostatites)

• Psychogène

II. Impériosités mictionnelles

A. Définitions

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

Ce terme a été remplacé par le terme « URGENTURIE » = Désir soudain, impérieux et fréquemment irrépressible d'uriner

B. Diagnostic Étiologique: le même que la pollakiurie (c'est du copié collé)

1- Interrogatoire à tenir devant une pollakiurie: question tombale !

- Age
- Type de trouble (dysurie, urgenturie, brûlures mictionnelles, voir plus tard dans le cours)
- Date d'apparition et évolution, caractère permanent ou variable
- Association à des troubles ano-rectaux (troubles digestifs) ou génito sexuels (dysfonctions érectiles, impuissance...)
- ATCD: **chirurgicaux** (chir digestive ou pelvienne qui peuvent retentir sur la miction), urologiques (sténose urétrale, chir prostatique...), **traumatiques** (fracture de bassin qui a endommagé l'urètre, trauma pelvi-périnéal), **gynéco- obstétricaux** (grossesse, accouchements difficiles, déchirure par épisiotomie qui a endommagé l'urètre, hystérectomie totale, ménopause), **médicamenteux** (neuroleptiques, antidépresseurs, antiparkinsoniens, alpha-bloquants, diurétiques, anticholinergiques car la vessie possède des Rc à Ach)

2- Examen clinique

- Globe vésical (masse hypogastrique, convexe vers le haut, mat à la percussion, sensible, dont la palpation augmente l'envie d'uriner)
- Contact lombaire (signe de trauma)
- Méat urétral, organes génitaux externes, orifices herniaires
- TR
- Examen gynécologique
- Examen neurologique du périnée (examen du dos, sensibilité périnéale, réflexe bulbo-caverneux, tonus du sphincter anal...)

3- Examens complémentaires

- ECBU (Examen cyto-bactériologique des urines)
- Examen cytologique des urines (si suspicion de cancer de la vessie)
- Echographie de l'appareil urinaire
- A la demande : TDM, fibroscopie uréthro-vésicale, bactériologie complémentaire, BUD (Bilan Uro-Dynamique)

C. Étiologies (tombable++++, les mêmes que la pollakiurie)

• Par irritation vésicale

- Cystites (infectieuse, dues aux rayons, chimiques, interstitielles...)
- Tumeur de vessie, CIS (Carcinome In Situ de vessie) qui ne se voit pas à l'échographie, faire une étude bactériologique et/ou fibroscopique.
- Corps étranger (calcul, fil de suture...)
- Calcul du bas de l'uretère
- Obstacle sous-vésical (irritation de la prostate, col vésical, urètre, épaisseur augmentée)
- Lésion de voisinage (sigmoidite, salpingite, appendicite, tumeur pelvienne ...)

• Par réduction de la capacité vésicale

- Vessie séquellaire (diminution de sa capacité) après tuberculose, bilharziose urinaire (parasites qui pondent des oeufs préférentiellement dans les veines peri-vésicales), Radiothérapie, Chimiothérapie
- Compression extrinsèque par tumeur pelvienne qui réduit la capacité vésicale (cancer/ fibrome utérin, cancer/kyste ovarien, tumeur rectale)

• Par origine neurologique (atteinte des nerfs de la vessie: SEP, Parkinson, Paraplégique, AVC)

• Par rétention vésicale chronique (patients qui ne vident pas bien leur vessie)

• Par irritation urétrale (urétrites)

• Par inflammation prostatique (prostatites)

• Psychogène

D. Brulures mictionnelles

C'est une sensation de cuisson au niveau de la vessie ou de l'urètre lors de la miction.
(pas plus de détails du prof)

III. Rétention aiguë d'urines (RAU)

A. Définition

- La RAU est à différencier de l'anurie ++++ (piège partiel):

- RAU: pas d'urines qui sortent mais **vessie pleine**

- Anurie: pas d'urines qui sortent mais **vessie vide**

Causes d'anurie:

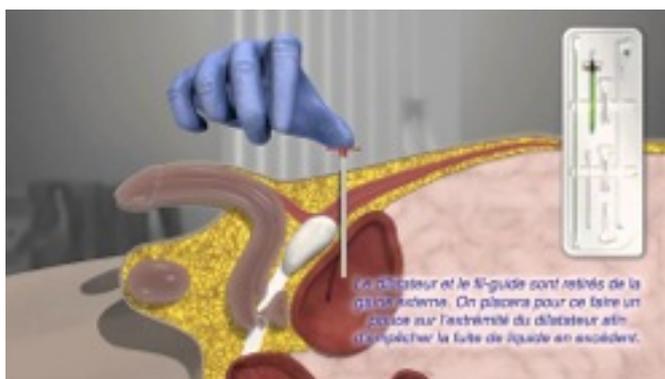
- causes pré-rénales: défaut de perfusion du rein
- causes rénales: défaut de filtration
- causes post rénales: obstruction de l'uretère

- Le diagnostic est le plus souvent facile: le patient veut uriner mais n'y arrive pas.
- Rechercher un facteur déclenchant (hyperdiurèse, fièvre, long voyage, épices, chirurgie, constipation, fécalomes, hémorroïdes, médicaments comme les α -stimulants et anticholinergiques...)

B. Deux moyens de lever la rétention

1- Cathéter sous-pubien

- **Matériel** : cathéter CH 10 ou 12 (conseillé par le prof...)
- **Technique**: on repère le pubis et on pique 2 travers de doigts au dessus, on enfonce le trocart, et dès qu'on est dans la vessie l'urine sort. Il faut enfonce le KT profondément, il faut le fixer pour ne pas qu'il tombe.



- **Contre indications** :
 - **absence de globe vésical** (risque de piquer dans l'intestin)
 - **troubles de la coagulation** (si on pique dans les vaisseaux ombilicaux)
 - **tumeur de vessie**
 - **laparotomie sous ombilicale**
 - **hématurie importante**
 - **pontage sus pubien** (chez des patients atteints d'artérite des MI a qui on a ponté les artères fémorales)

2- Sonde urétrale

- **Matériel** : **sonde de Foley** 16 CH droite (le prof nous conseille la taille 16..), ballonnet gonflé à l'eau une fois dans la vessie pour ne pas que la sonde tombe



- **Technique**: pour poser une sonde urétrale chez l'homme (conditions d'asepsie): mettre le pénis droit vers le haut (pour un patient allongé), rentrer la sonde jusqu'à ce que ça bute, puis pencher le pénis vers l'horizontale et enfonce la sonde jusqu'à la vessie puis gonfler le ballonnet. Quand la sonde arrive à la vessie ça coule immédiatement. Si ça ne coule pas, c'est qu'il y a un problème. Si c'est du sang qui sort, c'est que la manoeuvre

a mal été réalisée (perforation de l'urètre).

Utiliser une sonde ni trop grosse ni trop petite chez l'homme (taille intermédiaire)

- Contre indications :
 - **rétrécissement urétral**
 - **traumatisme urétral** (la sonde peut encore plus endommager l'urètre)
 - **prostatite aiguë**
 - **jeune garçon**
- Complications :
 - **infections urinaires/bactériurie** (contamination par bactérie lors d'un sondage, mais ca ne pose pas de problème: ne pas traiter par ATB SAUF si signes de gravité !!!)
 - **prostatite aiguë**
 - **sténose urétrale**

3- Que choisir entre sonde et KT ?

C'est simple: On pose toujours une sonde SAUF quand il y a une contre-indication au sondage: là on pose un KT.

C. Bilan de la rétention aiguë d'urines

1- Clinique

On commence par réaliser l'**interrogatoire** (voir pollakiurie et impériosité)

Ensuite l'**examen clinique**: méat urinaire, organes génitaux externes, TR, neuro, gyneco... (voir pollakiurie et impériosité)

2- Para-clinique

- **ECBU**
- **Echographie de l'appareil urinaire** qui permet de:
 - mesurer le volume de la prostate
 - étude de la vessie (diverticule, tumeur épaissement pariétal, calcul, volume résiduel)
 - étudier le haut de l'appareil (reins)
- **Urétrographie** (opacification de l'urètre pour voir le col, l'urètre, le volume résiduel)
- **TDM** (scanner abdomino pelvien)
- **Endoscopie**
- **Bilan uro-dynamique**
 - **Bas débit + hautes pressions** mictionnelles= en faveur d'un **obstacle**
 - **Bas débit + basses pressions** mictionnelles = **hypocontractilité vésicale**
 - Dysnergie vésico-sphinctérienne

>> Le bilan standard est un **ECBU + échographie**.

>> Si on ne trouve pas le trouble: **urétrographie + TDM + endoscopie + bilan uro-dynamique**.

D. Etiologies des rétentions

1- Chez l'homme

- **pathologie prostatique** +++ (hypertrophie bénigne de la prostate, prostatite, cancer de la prostate qui donne une obstruction)
- **sténose du méat urétral ou de l'urètre** (urétrite, trauma de l'urètre par sondage...)
- **maladie du col vésical** (difficultés d'ouverture)

2- Chez la femme

- **sténose du méat** (diminue avec l'âge, la ménopause...)
- **tumeurs gynécologiques** (utérus, ovaire)
- **prolapsus génital**

3- Chez l'enfant

(Le prof a zappé la diapo en disant que c'était pas important mais je le mets quand meme):

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

4- Chez les deux sexes

- **caillotage vésical** (urines sanglantes dont le sang coagule formant un caillot)
- **tumeur vésicale**
- **tumeur rectale**
- **calcul vésical** (enclavé dans le col)
- **corps étranger urétral** (histoire du prof d'un patient à lui qui se rentrait des pièces de monnaie dans l'urètre)
- **vessie neurologique centrale ou périphérique** (plus de sensation du besoin)
- **vessie claquée** (vessie trop distendue qui entraîne un claquage du muscle de la vessie, s'observe chez la femme qui accouche)
- **dysurie réflexe à pathologie anorectale**
- **médicament**

E. CAT (prise en charge) à distance des RAU

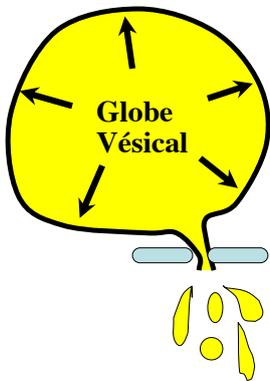
- Cause urologique
 - opérable: effectuer la chirurgie
 - inopérable: pose de SAD (sonde à demeure), on apprend au patient à se sonder (si prothèse endo-urétrale)
- Cause neurologique
 - **traiter la cause**
 - **médicament α** -
 - **SAD, SI** (sondage intermittent)
 - **autres**

IV. Dysurie

La rétention aiguë d'urines, c'est quand on arrive plus à uriner. La dysurie se déroule avant la RAU, quand on a du mal à uriner.

A. Définition

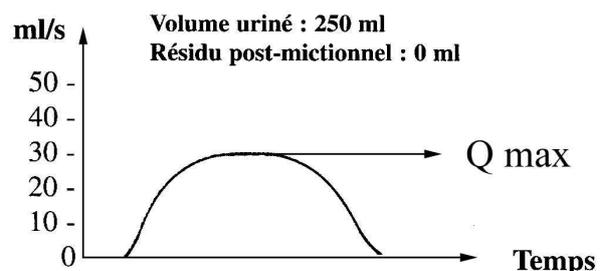
- **Difficulté à uriner**
- **Conséquence d'un obstacle** organique (caillot) ou fonctionnel (hypercontraction du sphincter ou défaut de contraction de la vessie)
- Plusieurs modes de présentation
 - **Miction à petits jets, parfois goutte à goutte, de durée prolongée, nécessitant des efforts de poussée abdominale**
 - Méconnue par le patient car d'**apparition très progressive**, sur le long terme
 - Masquée par des fuites d'urines (**incontinence par regorgement**) témoignant d'une rétention chronique



Incontinence par regorgement: la vessie est trop pleine et la pression intravésicale est trop élevée. Lorsque la pression vésicale devient supérieure à la pression sphinctérienne, de l'urine fuit

B. Débitimétrie

En cas de doute sur la dysurie on effectue une débitimétrie qui mesure le volume uriné, le débit maximum et le temps de la miction



Débitimétrie normale:

- débit maximum > 20mL/s
- miction ≥ 150 ml
- courbe en cloche

C. Conséquences 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)

V. Incontinence urinaire féminine

A. Définition

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

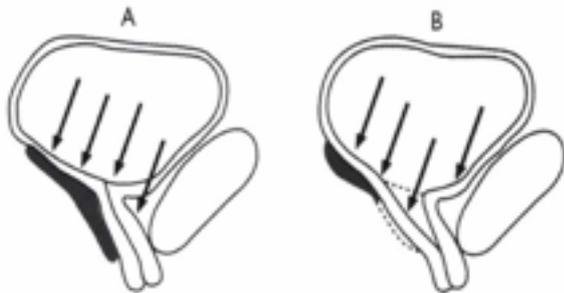
B. Incontinence à l'effort

1- Définition

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

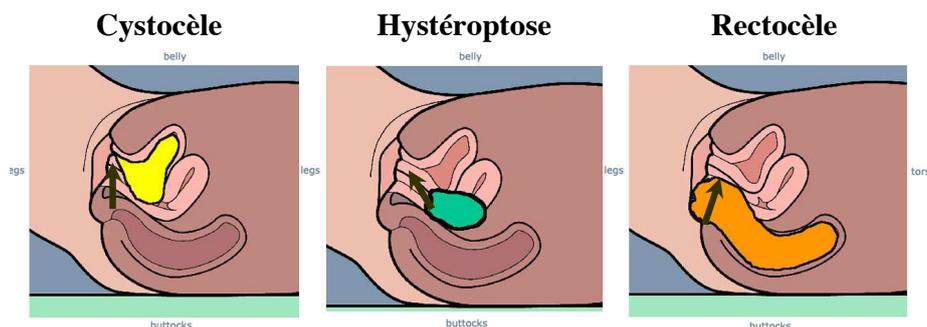
2- Physiopathologie

- Hypermobilité urétrale (défaut de soutien de l'urètre (voir schémas))
- Insuffisance sphinctérienne ++



L'urètre repose sur un petit « hamac » (en noir). Lorsque la femme fait un effort les organes se déplacent et viennent appuyer sur ce hamac ce qui fait que le col vésical et l'urètre vont se fermer en temps normal, mais pas chez les patientes qui ont un trop petit hamac.

- Causes :
 - vieillissement,
 - ménopause,
 - grossesse/accouchements,
 - chir pelvienne,
 - efforts de poussée (toux, constipation, profession, sports, obésité ...),
 - génétique
- Incontinence urinaire d'effort (IUE) masquée:
 - IUE masquée par un prolapsus = Effet pelote
 - Révélation de l'incontinence lors de la réduction du prolapsus



VI. Incontinence urinaire par urgenturie

Il y a deux types d'incontinences urinaires: à l'**effort** et par **urgenturie**

A. Définition

- Fuite involontaire d'urine accompagnée ou immédiatement précédée d'une urgenturie
- Urgenturie : désir soudain, impérieux et fréquemment irrépressible d'uriner

B. Physiopathologie

Causes:

- Contractions vésicales involontaires spontanées ou déclenchées (sensorielle (ex froid)/émotionnelle (ex orgasme)/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, ...)
- Le plus souvent sans cause +++++

C. Autres termes

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

D. Conduite à tenir devant une incontinence

- **Déterminer le type d'incontinence** (à l'effort, par urgenturie ou mixte)

- **Evaluer le retentissement:**

Si incontinence d'effort:

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

Si incontinence par urgenturie:

- 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

E. Examens cliniques à réaliser

Si incontinence d'effort:

- 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

Si incontinence par urgenturie:

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

F. En cas d'échec ou de récurrence (diapo zapée)

- 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%)