



EXAMEN CLINIQUE EN UROLOGIE

I- Définition :

- L'examen clinique en urologie consiste à réunir l'ensemble des symptômes et les résultats de l'examen physique afin de poser un dg et d'orienter la demande des examens complémentaires.
- L'intérêt de l'examen clinique est de :
 - Rassurer le patient et le mettre en confiance.
 - Mener l'interrogatoire et l'examen physique d'une façon ciblée et méthodique.
 - Bien saisir la signification de chaque signe ou symptôme rapporté par le patient.
 - Savoir regrouper les différents signes en un syndrome et faire le lien entre eux pour aboutir à un diagnostic clinique.

II- Interrogatoire :

- L'objectif de l'interrogatoire est de recueillir le maximum d'informations qu'on classe en signes cliniques ou symptômes en précisant à chaque fois leur caractère sémiologique (ancienneté, évolution dans le temps, caractère permanent ou intermittent...).
- **Motif de consultation** : rapporter par le patient, c'est le ou les symptômes qui l'ont amené à consulter aux urgences ou à la consultation.
- **L'interrogatoire du patient proprement dit** : mené par des questions ciblées, précises et adéquates, on essaye en même temps d'analyser et décortiquer tous les symptômes rapportés par le patient ; En précisant :
 - La date de survenue de ces troubles,
 - Caractère isolé ou associé,
 - Modes évolutifs (aigus/ chroniques, permanents/ intermittents, spontanés/ provoqués...)

III- Signes fonctionnels :

Les douleurs de l' appareil urinaire	La colique néphrétique	<ul style="list-style-type: none"> - C'est un syndrome douloureux lombo-abdominal souvent unilatérale irradiant vers la région inguinale ou les organes génitaux externe - Dû à la mise sous tension soudaine de la voie excrétrice du haut appareil urinaire en amont d'un obstacle qui est le plus souvent lithiasique (90%).
	Lombalgies	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Ce sont des douleurs d'origines rénales moins intense en rapport avec une mise en tension de la capsule rénale, un œdème du parenchyme rénal (infection), une hémorragie intra ou périrénale (tumeur, traumatisme) ou une ischémie (infarctus) ▫ Elles peuvent être continues ou intermittentes et elles ne sont pas influencées par les changements de position ou les efforts. ▫ Le réveil ou l'exacerbation de la douleur par la palpation de la fosse lombaire et l'existence des signes urinaires associés sont en faveur d'une origine urologique.
	Cystalgies	<ul style="list-style-type: none"> - Ce sont des douleurs vésicales, permanentes, rythmées par les mictions et par l'état de réplétion vésicale - Elles sont souvent accompagnées de pollakiurie, impériosité, miction douloureuse et parfois d'hématurie. - Etiologies : cystite aiguë, cystite interstitielle, prostatite, tumeur, calcul...

Les douleurs de l'appareil urinaire	Douleurs inguinales	Elles peuvent être d'origine herniaire, funiculaire (cordon spermatique) ou prostatique (prostatite) ...
	Douleurs des bourses	Il peut s'agir de sensation de gêne, lourdeur, de pesanteur d'installation insidieuse ou de douleurs intenses survenues de façon aiguë (les étiologies seront traitées dans le chapitre CAT devant une grosse bourse).
	Douleurs périnéales	Elles peuvent être rythmées par la miction et l'éjaculation, elles sont en rapport avec une prostatite aiguë, une prostatite chronique ou une pathologie urétrale.
	Brûlures mictionnelles	<ul style="list-style-type: none"> ▫ C'est une sensation de cuisson au niveau de l'urètre en per ou post-mictionnelles ▫ Elle témoigne d'une inflammation du bas appareil (vessie, urètre) ▫ Elles doivent faire rechercher une infection urinaire.
	Douleur de la verge	Elle est liée à un priapisme (c'est une érection prolongée, douloureuse, non accompagnée de désir sexuel), une infection urinaire ou un calcul de l'urètre
Les troubles mictionnels	Ce sont des symptômes du bas appareil urinaire (SBAU), ils surviennent sur un mode aigu ou chronique.	
	Dysurie	C'est la difficulté d'évacuation du contenu vésical, le jet est faible voir goutte à goutte nécessitant des efforts de poussée, le temps mictionnel est souvent allongé.
	Pollakiurie	<ul style="list-style-type: none"> - C'est l'augmentation de la fréquence des mictions - Elle peut être diurne, nocturne ou mixte.
	Urgenturie	<ul style="list-style-type: none"> ▫ C'est le besoin urgent et impérieux d'uriner, la miction est irrésistible et pressante et parfois accompagnée de fuites urinaires. ▫ Elle est due à une irritation de la vessie secondaire à une cystite, hyperactivité vésicale, calcul, tumeur ou cause neurologique.
	Miction par regorgement	<ul style="list-style-type: none"> - C'est une fausse incontinence urinaire caractérisée par des fuites involontaires associées à un globe vésicale - Elle traduit le trop plein d'une vessie distendue qui s'évacue sans contrôle (vessie pleine en permanence).
	Rétention d'urine	<ul style="list-style-type: none"> ▫ C'est l'impossibilité d'évacuer la totalité ou une partie de l'urine vésicale ▫ Elle peut être aiguë ou chronique.
	Incontinence urinaire	<ul style="list-style-type: none"> - C'est la perte involontaire d'urines par l'urètre due à l'incompétence du système sphinctérien ou un défaut de soutènement de l'urètre - Il existe 3 types : incontinence d'effort (toux, rire, marche), incontinence par impériosité (hyperactivité vésicale,...) et incontinence mixte.
	Fuite d'urine par fistule urinaire	C'est un écoulement d'urine permanent ou intermittent par un orifice anormal (fistule vésico-vaginale, fistule vésico-utérine...).
	Enurésie	<ul style="list-style-type: none"> ▫ C'est l'émission inconsciente et involontaire d'urines pendant le sommeil ▫ Elle peut être diurne ou nocturne, primaire (absence de périodes sèches) ou secondaire (après une période de propreté).

Troubles de la diurèse	La diurèse est la quantité d'urines émise par unité de temps. On définit ainsi la diurèse journalière entre 800-1500ml/24h (elle varie avec les apports hydriques). Les troubles de la diurèse sont :	
	Polyurie	Diurèse > 3000ml/24h : elle peut être confondue avec une pollakiurie d'où l'intérêt du catalogue mictionnel.
	Oligurie	Diurèse < 500ml/24h : Une oligurie importante s'accompagne de désordres électrolytiques
	Anurie	Diurèse < 100ml/24h : C'est une urgence néphro- urologique.
Modifications qualitatives des urines	L'urine normale est limpide et brillante mais plusieurs anomalies peuvent être observées	
	Hématurie	- C'est la présence de sang dans les urines en quantité anormale - Elle peut être macroscopique (visible à l'œil nu) ou microscopique (seulement apparente à l'examen cytologique des urines).
	Pyurie	C'est la présence de pus dans les urines (leucocytes nombreux et altérés) ; Elle se traduit par l'émission d'urines d'aspect troubles.
	Chylurie	<ul style="list-style-type: none"> ▫ C'est l'émission d'urines ayant un aspect lactescent (aspect de lait) ▫ Elle traduit la présence de lymphes dans l'urine ▫ Elle est secondaire à la communication de la voie excrétrice avec des canaux lymphatiques obstrués
	Pneumaturie	- C'est l'émission de gaz mélangé à des urines - Elle traduit une fistule recto-vésicale - Elle s'accompagne souvent d'une fécalurie et des signes d'une cystite.

IV- Signes généraux :

On recherche la notion :

- ✓ Fièvre, frissons,
- ✓ Pâleur cutanéomuqueuse,
- ✓ Altération de l'état général, amaigrissement, anorexie et asthénie.

V- Les antécédents :

- ✦ Personnels : médicaux (maladie en cours, traitements) et chirurgicaux (intervention sur l'appareil uro-génital ou autres).
- ✦ Familiaux : à la recherche d'une maladie héréditaire ou génétique.

VI- Examen physique du patient :

Il se résume à l'examen des fosses lombaires, l'hypogastre, les organes génitaux externes et le périnée.

1- Examen des reins :

C'est l'examen des fosses lombaires, en position couchée puis assise en se plaçant de côté de la fosse lombaire à examiner.

⊙ **Inspection** : On recherche :

- ✓ Une voussure de la fosse lombaire ou du flanc.
- ✓ Des signes inflammatoires (œdème, rougeur, fistule lombaire).
- ✓ Une cicatrice d'une incision lombaire.
- ✓ Des signes de traumatisme (ecchymoses, égratignures...).



⊙ **Palpation :**

- Sur patient en décubitus dorsal, genoux fléchis, bras le long du corps et sans oreiller
- Le praticien se place du côté du rein à palper.
- L'examen est bi manuel : une main antérieure au niveau du flanc et de l'hypochondre alors que la main postérieure est mise au niveau de la fosse lombaire (entre la 12^e côte et la Crête iliaque).
- A l'état normal le rein n'est pas palpable et la fosse lombaire est souple, indolore et libre (sauf ptose rénale, hypertrophie compensatrice du rein ou sujet maigre).
- Le gros rein pathologique est reconnu grâce à l'existence de 2 signes physiques :
 - **Le contact lombaire** : la main antérieure déprime l'hypochondre et refoule le gros rein qui vient buter contre la main postérieure
 - **Le ballotement rénal** : les 2 mains coincent la masse rénale.

- ⊙ **Auscultation** : de la fosse lombaire ; elle recherche un souffle qui peut témoigner d'une sténose de l'artère rénale.

2- Les points urétéraux :

Ils explorent le trajet de la voie excrétrice

- **En arrière** : dans l'angle costo-vertébrale.
- **En avant** :
 - **Point urétéral supérieur** : Dans la région para ombilical à 3 travers de doigts de la ligne médiane.
 - **Point urétéral moyen** : Union du 1/3 externe et moyen de la ligne joignant les 2 épines iliaque antéro-supérieure.
 - **Point urétéral inférieur** : Aux touchers pelviens.

3- Examen de la vessie :

C'est l'examen de la région hypogastrique, la vessie vide se trouve derrière la symphyse pubienne (elle n'est pas palpable), elle devient accessible à l'examen quand elle est en réplétion.

◇ **L'inspection** : On recherche :

- ✓ Une voussure qui correspond à une masse pelvienne ou un globe vésical.
- ✓ Une cicatrice d'intervention chirurgicale.
- ✓ Des signes inflammatoires ou une fistule.
- ✓ Rarement, une malformation pelvienne (l'exstrophie vésicale : Absence de la face antérieure de la vessie et de la paroi abdominale...).

◇ **La palpation** : On peut percevoir :

- **Un globe vésical** : une masse hypogastrique rénitente, régulière, élastique et lisse.
- **Une tumeur pelvienne** se projetant sur l'hypogastre : dure, irrégulière (urologique, digestive ou gynécologique).

◇ **La percussion** : Peut révéler une matité à convexité sup en cas de globe vésical.

4- Examen des organes génitaux externes :

a- **Examen de la verge** : doit apprécier

- Les dimensions de la verge par rapport à l'âge (normale, micropénis..).
- L'existence d'un phimosis (une sténose de l'orifice préputial avec impossibilité de décalotter le prépuce) ou paraphimosis (impossibilité de calotter le prépuce).
- L'état du gland (aspect, couleur).
- L'état du méat urétral : sténose congénitale ou acquise (inflammatoire, infectieuse...).



- Le siège du méat urétral qui peut être :
 - Normal : au niveau du sommet du gland.
 - Au niveau de la face ventrale de la verge : l'Hypospadias.
 - Au niveau de la face dorsale de la verge : l'Epispadias.
- L'existence d'un écoulement par le méat urétral (sang, pus).
- L'urètre pénien et bulbaire à la recherche d'une induration ou fibrose.
- Les corps caverneux à la recherche d'une induration scléreuse : la maladie de la PEYRONIE.
- Rechercher un hématome : aspect en aubergine (fracture d'un des corps caverneux).
- Rechercher une coudure de la verge qui peut être congénitale ou acquise.

b- Examen du scrotum et de son contenu :

L'examen est bilatéral et comparatif sur un malade debout puis couché.

⊙ **Inspection :**

À l'état normal la peau scrotale est souple, brune et plissée et le volume du scrotum correspond à celui des testicules, l'examen doit rechercher :

- L'existence de signes inflammatoires : la peau est rouge, lisse, tendue, œdématiée et luisante.
- L'existence d'une grosse bourse.
- L'existence de fistules scrotale (tuberculose génitale).
- L'existence de varicosités intra-scrotales : la varicocèle.
- L'existence des lésions de gangrène (maladie de Fournier).

⊙ **Palpation :**

Elle doit être bimanuelle, le malade est examiné en position couché et debout, en commençant toujours par le coté sain pour le prendre comme référence

On apprécie :

- **L'état de la peau scrotale** : à l'état normal : elle est souple, fine et mobile, on peut même pincer la vaginale.
- **Le contenu scrotal** :

Le testicule	<ul style="list-style-type: none"> - Le testicule normal est une masse ovoïde, régulière, lisse, homogène, légèrement sensible à la palpation - Ces dimensions chez l'adulte sont (4 cm de longueur, 3 cm de largeur et 2.5 cm d'épaisseur) - Le volume du testicule peut être augmenté en cas d'infection, tumeur ou traumatisme comme il peut être diminué (l'hypotrophie testiculaire). - L'absence du testicule dans la bourse correspond à 3 éventualités : <ul style="list-style-type: none"> ✦ Anorchidie : absence du testicule. ✦ Cryptorchidie : le testicule est situé en dehors du scrotum, en un point quelconque du trajet normal de la migration testiculaire. ✦ Ectopie testiculaire : le testicule est situé en dehors du scrotum, en dehors de son trajet normal de la migration testiculaire
L'épididyme	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Il coiffe la face postérieure du testicule, il comporte : une tête, un corps et une queue qui s'accrole au canal déférent ▫ Le volume de l'épididyme peut être augmenté : infection aiguë, kyste épididymaire ou tuberculose génitale.
Le cordon spermatique	Il est examiné au-dessus du testicule en l'étalant entre le pouce et l'index, le canal déférent est facilement repéré (il roule entre 2 doigts).

La vaginale	<p>A l'état normal la vaginale est non palpable (juste pincée), elle peut être le siège de 2 pathologies :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Hydrocèle : C'est un épanchement liquidien constitué entre la vaginale et le testicule. ▶ Pachy-vaginalite : C'est un épaissement inflammatoire de la vaginale.
--------------------	---

5- Examen du périnée :

Permet d'apprécier l'aspect et la souplesse de la peau périnéale, d'examiner l'urètre bulbaire et de rechercher l'existence d'une éventuelle fistule périnéale ou des signes inflammatoires (maladie de Fournier...).

6- Toucher rectal (TR) :

- Il faut d'abord rassurer le patient et lui expliquer le geste
- Le patient en décubitus dorsal, les genoux fléchis, les bras le long du corps, l'index protégé par un doigtier bien lubrifié, vessie vide.
- L'index est introduit avec douceur dans le rectum, l'autre main de l'examineur est posée au niveau de l'hypogastre refoulant la vessie vers le doigt rectal
- Le TR permet d'examiner :
 - ✓ Le sphincter anal : le tonus.
 - ✓ L'ampoule rectale : à la recherche d'une tumeur ou un fécalome.
 - ✓ La base vésicale, (une infiltration pierreuse de la base vésicale).
 - ✓ La prostate chez l'homme.
- Le toucher rectal chez l'homme : On apprécier le volume, la consistance et la sensibilité de la prostate.
- A l'état normal, la prostate a un volume d'une châtaigne (environ 20gr), formée de 2 lobes séparés par un sillon médian, de consistance ferme élastique et indolore.
- Lors des pathologies prostatiques, le toucher rectal peut trouver des anomalies :
 - **L'adénome de la prostate** : la prostate est augmentée de volume élastique, indolore, à surfaces lisse et régulière et le sillon médian est effacé.
 - **Le cancer de la prostate** : la prostate est augmentée de volume, mal limitée, de consistance dure et indolore.
 - **L'abcès de la prostate** : la prostate est augmentée de volume, mal limitée, de consistance rénitente et très douloureuse.

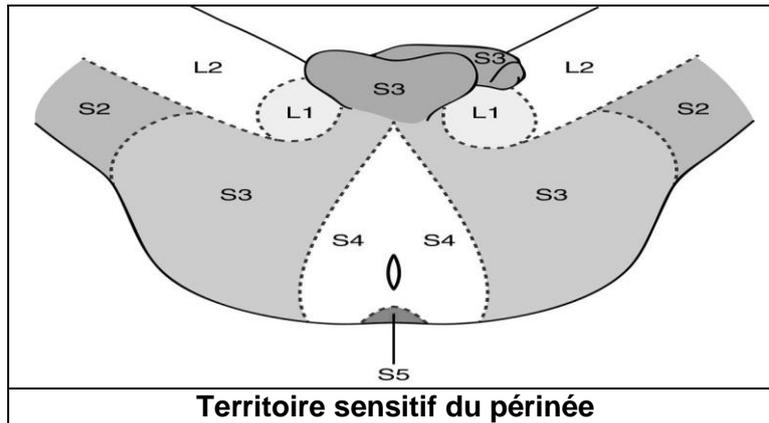
7- Examen du bas appareil urinaire et des organes génitaux chez la femme :

- ➔ **Inspection de la vulve** : Elle permet d'apprécier :
 - ✓ Aspect du méat urétral, il est situé sous le clitoris (il peut être béant, sténosé ou le siège d'un polype ou d'une tumeur).
 - ✓ L'existence d'une cystocèle : c'est une ptose de la vessie (grade III ou IV).
- ➔ **Le toucher vaginal** : doit apprécier :
 - L'urètre : on note sa souplesse, l'existence d'un diverticule (poche qui communique avec l'urètre et dont la pression peut donner issue à du pus par le méat urétral).
 - La base de la vessie : souplesse, trophicité de la muqueuse vaginale.
- ➔ **L'examen sous valve** : Il est utile dans l'exploration clinique d'une cystocèle (type et grade) ou d'une fistule vésico- vaginale (le siège, les dimensions de la fistule).

8- Examen neurologique du périnée :

Il apprécie :

- Δ La sensibilité péri-anale (S2, S3, S4)
- Δ Le tonus anal.
- Δ Le tonus musculaire : le doigt intra rectal en crocher apprécie la contraction des muscles releveurs.
- Δ Le réflexe bulbo- caverneux : la pression du gland ou du clitoris déclenche une contraction réflexe des muscles releveurs de l'anus.



Points forts

- ★ L'examen clinique en urologie occupe une place primordiale dans l'établissement du diagnostic et le choix des examens complémentaires.
- ★ Il doit être méthodique et complet en respectant les étapes suivantes:
 - Mettre le patient en confiance.
 - Mener l'interrogatoire et l'examen physique d'une façon méthodique et ciblée.
 - Bien saisir la signification de chaque signe et symptôme clinique.
 - Faire le lien entre les différents signes et symptômes.
 - Faire la synthèse sémiologique et essayer d'établir un diagnostic clinique.
- ★ L'examen clinique commence par un interrogatoire qui permet de recueillir le maximum d'informations qu'on classe en signes cliniques ou symptômes en précisant à chaque fois leur caractère sémiologique.
- ★ L'examen physique doit respecter les différents temps : inspection, palpation, percussion et auscultation.
- ★ L'examen de l'appareil urogénital consiste en :
 - ✓ Examens des fosses lombaires.
 - ✓ Examen de l'hypogastre.
 - ✓ Examen des OGE.
 - ✓ Examen du périnée.