

# ELEMENTE DE SEMIOLOGIA APARATULUI URINAR

---

1.DUREREA

2.TULBURĂRI ALE MICȚIUNII

3.TULBURĂRI ALE DIUREZEI

## ➤ DUREREA

- -Lombară uni sau bilaterală
- -Hipogastrică
- -Perineală
- **Durerea lombară**

Nu este caracteristică bolilor renale putând apăre și în suferințe ale coloanei vertebrale, biliopatii, pancreatopatii, afecțiuni ginecologice (uter retroversat).

### a) *Difuză permanentă*

- - percepută sub formă de jenă, discomfort
- - are tendința de iradiere spre flancurile abdomenului
- - se accentuează în ortostatism și trepidații
- - diminuează în clinostatism

1) bilaterală- caracterizează bolile ce afectează simultan ambii rinichi = nefropatii medicale (glomerule acute, cronice, rinichi polichistic).

2) unilaterală – caracterizează nefropatii chirurgicale (litiază, hidronefroză, pionefroză, tuberculoză, calcul renal, ptoză renală, abces perirenal.

### b) *Colicativă*

Este în majoritatea cazurilor unilaterală.

Cauze - apare prin migrarea pe ureter :

- calculilor (litiază reno-ureterală)

- cheagurilor de sânge (hematurii)
- fragmente de cazeum (tuberculoză)
- fragmente tumorale (cancer renal)
- *COLICA RENO-URETERALĂ*

Mecanism de producere - complex, participă mai mulți factori, cu cotă diferită:

- spasmul localizat al musculaturii netede ureterale, calice, bazinet
- staza urinară distensia bazinetului
- iritație mecanică asupra mucoasei pieloureterale – edem – scăderea calibrului

Analiza semiologică

- Caracter – durere violentă, cu caracter de torsiune, tracțiune, sfâșiere, de intensitate foarte mare
- Localizare – lombară
- Iradiere – pe traiectul ureterului corespunzător, către vezica urinară în hipogastru și organele genitale externe.
- Durată – greu de prevăzut, minute-ore-zile.
- Debut – brusc, de cele mai multe ori legată de factori declanșatori: efort fizic susținut, zdruncinătură (trepidații), căzătură, consum exagerat de lichide, administrare de diuretice.
- Circumstanțe de dispariție (ameliorare): antispastice, antiinflamatoare, căldură locală.

Simptome de acompaniament:

- tulburări urinare:

- - diurezei – oligurie (anuria calculoasă)
- - micțiune – disurie, algurie, polakiurie, tenesme vezicale
- - modificarea urinei – hipercromie, hematurie, tulburi (infecții urinare?)

- manifestări generale (extrarenale)

- ascensiune febrilă – suprainfecție
- stare de agitație psihomotorie, pacientul nu-și găsește nici o poziție antalgică

- transpirații, hipotensiune arterială, paloare
- tahicardie, dispnee
- manifestări digestive - importante (uneori domină tb clinic) – greață, sughiț, vărsături, balonare abdominală cu întreruperea tranzitului intestinal ce poate crea confuzia diagnosticului cu abdomen acut chirurgical

#### Dispariția durerii

- brusc datorită eliminării calculilor în vezica urinară,
- întoarcerii în bazinet
- este marcată de instalarea senzației de bine și de eliminarea unei mari cantități de urină (criză poliurică).
- **DUREREA HIPOGASTRICĂ**

Simptom al sindromului cistic alături de tulburările de micțiune (disurie, polakiurie, tenesme vezicale).

- Localizare: suprapubiană; nu iradiază
- Intensitate: medie
- Caracter: jenă dureroasă, arsuri = cistalgia, permanentă, cu exacerbare micțională
- Cauze: patologia vezicii urinare

-cistite acute, cronice

-litiază vezicală

-tumori ale vezicii urinare

-retenție acută de urină – durerea are caracter de presiune, distensie, se accentuează la mers sau presiune locală, cedează după sondaj vezical.

- **DUREREA PELVIPERINEALĂ**
- tensiune, înțepătură
- iradiază spre organele genitale externe
- însoțită de tulburări micționale
- Cauze:

-tuberculoză genitală

-afecțiuni prostatice (prostatite, adenom periuretral, litiaze, calculi)

-litiază uretrală

## ➤ **TULBURĂRILE MICȚIUNII**

### ➤ **POLAKIURIA (POLAKIS – adesea, OURON – urină)**

Este creșterea anormală a numărului de micțiuni în decurs de 24 ore (N = 3-5/zi)

#### ➤ Cauze:

- scăderea capacității vezicii urinare – procese inflamatorii, tumorale, scleroză, tulburări de tonus; compresiuni extrinseci – tumori pelvine compresive
- disectazia colului vezical – dificultate în închiderea/deschiderea colului vezical (pseudopolakiurie, pacienții urinează greu când vezica urinară este plină – urinare frecv)
- hiperreflexia mușchiului detrusor: calcul ureteral juxtavezical, calcul inclavat în uretra posterioară.
- secundară poliuriei

Polakiuria:

- cu urini clare
- cu urini tulburi-infecții urinare
- diurnă – litiază vezicală: polakiurie în perioada de activitate, noaptea dispare
- nocturnă

– la bărbații peste 50 de ani cu adenom de prostată, apare în a doua parte a nopții; dacă apare în tot timpul nopții

– tuberculoză renourinară, trebuie diferențiată de nicturie = volumul micțional normal sau crescut (polakiurie: volum micțional scăzut)

### **MICȚIUNI IMPERIOASE**

- Scurtarea timpului de la apariția senzației de urinare până la nevoia de a urina propriu-zis.

Senzația imperioasă de a urina-TENESM apare în:

- perturbări ale activității motorii sfincteriene ale vezicii urinare
- tulburări de sensibilitate ale colului vezical – afecțiuni neurologice
- afecțiuni uretrale, prostatice

## **DISURIA**

Dificultate la micțiune, caracterizată clinic prin:

- urinare cu efort mare
- întârzierea actului micțional (întârzierea jetului urinar față de \* senzația de urinare, prel micțiunii – micțiune lentă, modificarea jetului urinar
- Bolnavul cu disurie urinează lent, greu, fiind nevoit să facă apel la musculatura abdominală.
- Jetul este modificat: presiunea sa scade până ajunge vertical, filiform (pacientul urinează pe vârful pantofului), întrerupt, picătură cu picătură.
- Contractura musculaturii abdominale favorizează apariția herniilor (inghinale, ombilicale), eventrațiilor sau herniilor interne (N.N.)
- Mecanism: - perturbarea activității funcționale neuromusculare a zonei cervico-vezico-uretrale.
- Clasificare disurie:

-inițială (dificultate în inițierea actului micțiunii) – adenom de prostată; apare după polakiurie

-totală (completă) – disurie pre- și postmicțională

-terminală : efortul este îndreptat spre eliminarea ultimelor picături de urină

Cauze:

- patologia prostatică (inflamatorie, tumorală)
- litiaza uretrală
- disectazia colului uretral
- patologia genitală feminină
- DISURIA LA FEMEI
- DISURIA LA BĂRBAȚI

- DISURIA –FEMEI ȘI BĂRBAȚI

### **DUREREA LA MICȚIUNE (ALGURIA)**

Pe parcursul actului micțional durerea poate surveni:

- inițial – sugerează afecțiunile uretrei posterioare sau prostatei
- pe tot parcursul micțiunii – micțiuni dureroase total– uretrita gonocică, polipi uretrali
- terminal – tensiune dureroasă la sfârșitul micțiunii (boli vezicale) – tenesme vezicale, deoarece se acompaniază de micțiune imperioasă, polakiurie și senzația de golire incompletă a vezicii urinare.

### **RETENȚIA URINARĂ**

Diminuarea incompletă a conținutului vezical cu apariția reziduului vezical.

În raport cu cantitatea de urină eliminată:

- completă
- incompletă
- corelate cu 2 noțiuni: micțiunea incompletă și micțiunea imposibilă.

În funcție de modul de instalare:

- acută
- cronică

Retenția incompletă de urină evoluează în două etape:

- fără distensie vezicală (reziduu < 300 ml)
- cu distensie vezicală (reziduu > 300 ml)

Imposibilitatea de urinare se acompaniază de neliniște, jenă dureroasă sau durere hipogastrică internă cu iradiere de-a lungul uretrei și apariția globului vezical.

#### *Globul vezical*

– vezică urinară destinsă ce apare ca o tumoră situată median, suprapubian, de consistență remitentă;

la percuție – matitate rotund-ovalară cu convexitatea superioară (diferențiere: sarcină, chist ovarian, fibrom uterin, peritonită cloavazonată).

Cauze:

- Retenția acută de urină – cauze obstructive (intrinseci, extrinseci)
- obstrucție uretrală (adenom de prostată, stricturi și calculi uretrali, tumori de vecinătate, cistorectocel)
- tulburările reflexului sau actului micțional
- vezica neurogenă (disectazia colului vezical, areflexia detrusorului, leziuni medulare)

### **INCONTINENȚA URINARĂ (ENUREZIS)**

Eliminarea, pierderea involuntară a urinei datorită pierderii controlului, al content vezicale după vârsta de 3 ani (enurezis nocturn peste 3 ani, pierdere de urină în timpul somnului).

În raport cu cantitatea de urină restantă în vezica urinară:

- adevărată – situație în care vezica urinară este în permanență goală
- falsă, paradoxală sau parțială – după micțiunea involuntară mai rămâne urină în vezica urinară.
- inconștientă – pierderea de urină se face fără ca bolnavul să aibă senzația nevoii de micțiune (picătură cu picătură – prin prea plin, sau în jet la intervale mari); este micțiunea automată la pacienții cu suferință medulară
- involuntară – pacientul percepe ca prin vis senzația nevoii de a urina, dar nu se poate opune pierzând urina.

Incontinența urinară poate fi:

- ortostatică
- de efort (tuse, strănut, sughit, ridicare de greutate)

Cauze:

- vezicale: insuficiența sistemului sfincterian (sarcină, după naștere, intervenții pe micul bazin)
- neurologice: leziuni de neuron motor central, leziuni medulare
- psihiatrice: psihoze, nevroze isterice
- **TULBURĂRI ALE DIUREZEI**

Volumul urinar normal variază în condiții fiziologice între 800-2000 ml/24h, în funcție de aportul și pierderile lichidiene.

Modificări cantitative urinare:

- poliuria,
- oliguria,
- anuria,
- nicturia (nocturia)
- **POLIURIA**

Creșterea diurezei peste 2000 ml.

Mecanism FP

- creșterea FG
- scăderea resorbției tubulare a apei

Poliuria poate fi:

- trecătoare (pasageră),
- permanentă (durabilă)

- ***Poliuria pasageră, ocazională***

Cauze:

- fiziologice

- ingestie crescută de lichide
- ingestie alimente cu efect diuretic (pepene, alcool, cafea)
- după emoții (eliberare de catecolamine)
- după expunere la frig (vasoconstricții exagerate)

- patologice

- perioadele de defervescență (criză poliurică – pneumonii)
- după evenimente acute de tipul crizelor (TPSV, criză epileptică, colică reno-uretrală, angină pectorală)



- după administrare medicamente: diuretice, cardiotonice, baze xantice

- **Poliuria permanentă**

Se clasifică în funcție de densitatea urinară: hipotone, izotone.

*Poliurii hipotone:*  $osm_{ur} < osm_{pl}$  ( $< 200$  m  $osm/l$ , rap  $u/p = 0,7$ )

- Poliuriile hipotone se împart în două categorii:

1. sensibile la vasopresină – se datorează unui deficit congenital sau dobândit al vasopresinei - ADH

- diabet insipid diencefalo-hipofizar
- tulburări psihice cu potomanie (dipsomanie) care inhibă eliberarea de vasopresină

2. rezistente la vasopresină

- diabet insipid renal și sindroamele asociate acestora
- rinichi polichistic, polinefrite cronice, amiloidoză renală, MM
- tubulopatii
- tulburări metabolice: hipopotasemie, hipercalcemie
- intoxicații medicamentoase: aminoglicozide, săruri Li

Poliuriile hipotone ating niveluri impresionante ale diurezei până la 10-15 l/24h, densitatea urinară scade.

*Poliuriile izotone*

Apar atunci când trebuie eliminată o sarcină osmotică mare :

- glucoza în diabetul zaharat
- ureea în dietele hiperprotidice sau în faza poliurică a IRC
- sodiu în faze de reluare a diurezei în IR acută
- Diureză - osmotică, mecanismul de concentrare a urinei nu este alterat.
- $Osm_{urinară} = 250-350$  mosm/l, rap  $u/p = 1$ , pacienții elimină cantități mari, dar nu masive de urină (4-5 l/24h) aproximativ izostenurică.
- **OLIGURIA**

Reducerea volumului urinar  $< 500$  ml/24h

Mec FP

- scăderea FG
- creșterea reabsorbției tubulare a apei
- obstrucția ureterelor

În raport cu osm urinară, oliguriile pot fi:

- hipertone – osm urinară >800-1000 m osm/l, rap u/p > 2-3

- - cauze fiziologice: regim sec, transpirații profuze
- - cauze patologice: GNA, faza de instalare a edemului cardiac, renal, hepatic

-hipo/izotone

- - faza inițială a IRA,
- - faza terminală a IRC

- **ANURIA**

Scăderea diurezei < 100 ml

- secretorie (adevărată)
- excretorie (falsă)

***Anuria secretorie***

- Apare atunci când se produce încetarea formării urinei

***Anuria excretorie***

- Are drept cauză imposibilitatea drenării urinei formate.
- În ambele cazuri avem o vezică urinară goală!
- **Anuria secretorie**

prerenale – scăderea FPR

- hipovolemie severă (hemoragii, deshidratări, arsuri, etc.)
- stări de șoc (scăderea tensiunii arteriale)
- sindrom de hipoperf. renală (ICC)

renale – apare în IRA (în per de stare), IRC stadiu terminal

#### CAUZE

- glomerulii (GNA, nefrita în focare din EI, sindrom Googpasture)
- vasele renale mari – obstrucția arterelor (embolii, tromboze), obstrucția venelor (tromboze de venă renală)
- interstițiul R – pielonefrite
- tubii renali – nefropatiile acute tubulare (intoxicații, stări septică, nefrita tubulară acută), precipitarea unor substanțe (Hb: transfuzii incompatibile cu hemolize masive, Hb-uria paroxistică nocturnă, sindrom Marchiafovo-Michelli; Mgl: sindrom de strivire (sindrom Bewalters), boli musculare
- **Anuria excretorie**
- Postrenală
- apare prin obstrucția simultană a ambelor uretere (tumori, fibroză retroperitoneală, obstacole endogene – anuria calculoasă)
- **NICTURIA (NOCTURIA)**
- Egalizarea sau inversarea raportului între diureza nocturnă și cea diurnă.
- Nu trebuie confundată cu polakiuria nocturnă care este o tulburare micțională.

Cauze: consumul excesiv de lichide seara, insuficiență cardiacă, hepatică, renală.