

CAT devant une HEMATURIE

FMC cycle Uro-sexologie

Dr Vordos D.

Service d'Urologie

Hôpital Henri Mondor, Créteil

10/11/2006

Clinique

- Symptôme fréquent et majeur
- Étiologies bénignes ou malignes
- Importance non liée à la gravité
- Macroscopique versus microscopique
- Siège: initiale, terminale, totale
- En pratique, l'interrogatoire ne suffit pas
- Fausse hématurie

Coloration rouge des urines

- Hématurie: émission de sang dans les urines à l'occasion des mictions
- Depuis le parenchyme rénal jusqu'au sphincter uréthral
- Uréthrorragie: en dehors des mictions
- Colorations rouges ou brun foncé: pigments, médicaments (Rifadine, SZP, Flagyl), betteraves

Hématurie microscopique

- Urines claires, dépistage bandelette urinaire
- BU: faux +: hémoglobinurie, myoglobinurie
- ECBU milieu de jet, sans sondage
- Quantification assez imprécise: urines rouges au-delà de 500.000 GR/champ; leucocyturie, pyurie, infection urinaire; HLM (Addis) >10.000/mn
- Globules rouges altérés
- Non pathologique si règles, sondage, endoscopie

Hématurie microscopique et explorations urologiques

- Faible rendement des explorations urologiques, d'autant plus que si associée à protéinurie, HTA, oedèmes, etc.
- Si retrouvée à répétition (BU Méd. Travail), prévoir au moins une CS urologique avec échographie réno-vésico-prostatique où sera faite une fibroscopie selon le contexte

Hématurie microscopique (395pts)

	HM	H μ Sy	H μ aSy	Total %
Non uro	60	52	44	39%
Infection	45	5	39	22%
HBP	44	7	6	14%
TV	26	3	2	8%
Lithiase	10	8	2	5%
RCC	6	0	0	1,5%
CaP	2	3	1	1,5
Stén.ur	2	2	1	1,3
Autres	18	4	2	6

Hématurie microscopique: évaluation urologique

Patient de faible risque:

- < 40 ans
- Non fumeur
- Pas d'exposition prof.
- Pas d'autres SF Urol.
- Pas d'ATCD d'HU Macro
- Pas d'ATCD Urol.

Pas de SF néphro

Patient de haut risque

Evaluation complète:

- Imagerie
- Cytologie
- cystoscopie

Imagerie haut app. U.

Cytologie Cystoscopie

+, doute

Nég.

Nég.

+

Cystoscopie

Discuter

positive

traitement

Nég.

traitement

Nég. 3 ans

stop

+SF Néphro

PBR: GN?

ECBU
Cytologie
TA
6-12-24-36 Mois

HU macro
Anom.bilan

Rééval.
complète

+

traitement

Nég.

Hématurie macroscopique

- Chronologie – localisation:
 - Initiale: uréthroprostatique ou cervicale
 - Terminale: col vésical, trigone
 - Totale: haut appareil urinaire mais toute hématurie abondante peut être totale
- Nécessité de diagnostic URGENT
- Retentissement de l'hématurie: anémie chronique, caillottage, rétention vésicale

Bilan hématurie

- Interrogatoire et examen clinique
- ECBU: réalité et importance
 - Infection urinaire: traitement ATB et contrôle
 - I.Rénale, cellules inhabituelles: CS néphrologie
 - Sinon, CS UROLOGIE
- CYTOLOGIE URINAIRE
- ECHOGRAPHIE HAUT ET BAS APPAREIL
- CYSTOSCOPIE

Avec quel bilan adresser le patient en CS d'urologie?

- Confirmation de l'hématurie si non évidente par ECBU, si besoin à répétition
- ECBU: nécessaire avant cystoscopie
- Echographie rénale et vésicoprostatique
- PSA si > 55 ans avant CS (afin d'éviter son élévation artificielle par les manœuvres endo-uréthrales)
- Cytologie urinaire si possible

Dans quel délai adresser le patient en urologie?

- Dès que le bilan est prescrit
- Sans délai
- Service informé: les patients consultant pour hématurie macroscopique, anciens suivis ou n'ayant jamais consulté sont vus de façon prioritaire dans la semaine
- Patient adressé en urgence ou aux urgences: fonctions vitales, caillotage vésical, rétention vésicale, anémie, anticoagulants

Hématurie macroscopique

- Rechercher signes associés: origine urologique (lombalgies, symptômes du bas appareil urinaire), néphrologique
- Traitement anticoagulant: élément révélateur
- Tabac, facteurs de risque professionnels
- Examen clinique y compris touchers pelviens et étude de la miction

Que faire si caillottage vésical?

- Patient adressé en urgence
- Si pas de rétention ni d'anticoagulant: bilan +/- en hospitalisation selon l'importance
- Si rétention et/ou anticoagulant: hospitalisation, bilan et décaillottage vésical par sonde double courant, ou si besoin, au bloc opératoire
- Relais AVK/AAP par HBPM

La contre-indication: cathéter sus-pubien

- Cathéter sus-pubien pour rétention
 - Tumeur de vessie?
 - Traitement anticoagulant à dose efficace?
 - Inefficacité de l'irrigation vésicale

Bilan complémentaire en urologie

- Échographie rénale et vésico-prostatique, cytologie urinaire, PSA, si non faits
- CYSTOSCOPIE: consultation, bloc
- Uroscanner
- UIV éventuellement (haut appareil, urèthre)
- Explorations plus rares: artériographie, cytologie urinaire urétérale, UPR, urétéroscopie, ...

Cytologie urinaire

- Desquamation de cellules vésicales
- Positive, négative, douteuse
- Haut, moyen, faible grade cellulaire
- Faux négatifs, rares faux positifs
- Rendement d'autant plus important que la tumeur est de haut grade
- Bilan de surveillance

Cystoscopie

- Sous A Locale: gel de Xylocaïne
- Appareil souple, appareil rigide (comme sous anesthésie au bloc mais calibre plus fin)
- Écran TV
- Diagnostic difficile en période hématurique
- Possibilité de biopsies, même en CS en l'absence de traitement anticoagulant

Explorations normales

- Réévaluation de la possibilité de maladie néphrologique
- Refaire cystoscopie: si négative, réalisation de cystoscopie avec biopsies (lésions planes, carcinome in situ,...)
- Explorations plus complexes: artériographie, UPR, cytologie urétérale, ...
- Origine bénigne possible: HBP, calculs, cystite hématurique
- Urines rouges à l'effort: hématurie, myoglobinurie, hémoglobinurie: vérifier bilan
- Moins de 10% (littérature): refaire le point