

Item 257 (Item 315) – Hématurie

EVALUATIONS

2014

QCM

QUESTION 1/5 :

Concernant les hématuries, quelle(s) affirmation(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - Les bandelettes réactives ne détectent que les hématuries glomérulaires
- B - Une hématurie glomérulaire est caractérisée par des hématies déformées
- C - Les hématuries microscopiques ne nécessitent que rarement une imagerie
- D - La présence de caillots oriente vers une étiologie urologique
- E - Les hématuries glomérulaires sont toujours microscopiques

(Réponse : BD)

QCM

QUESTION 2/5 :

Quelle(s) affirmation(s) est (sont) vraie(s) ?

- A - Une hématurie macroscopique oriente vers une étiologie plus grave qu'une hématurie microscopique
- B - Une hématurie microscopique isolée oriente le plus souvent vers une étiologie néphrologique
- C - Une hématurie microscopique dépistée à la bandelette urinaire nécessite une confirmation par un examen cytologique urinaire
- D - Une hématurie macroscopique terminale oriente vers une origine rénale du saignement
- E - Une origine vésicale ne peut pas être envisagée en cas d'hématurie totale

(Réponse : C)

QCM

QUESTION 3/5 :

Quelle(s) affirmation(s) est (sont) fausse(s) ?

- A - Une hématurie dans un contexte de surdosage en AVK ne nécessite pas d'exploration après équilibration de l'INR
- B - Une rétention aiguë d'urine sur caillotage peut être drainée par cathéter sus-pubien si le patient a moins de 50 ans et est non fumeur
- C - En cas d'hématurie macroscopique terminale il n'y a pas lieu de réaliser d'examens complémentaires si l'échographie vésico-rénale est normale
- D - Une cytologie urinaire réalisée 3 jours de suite, normale, élimine une lésion tumorale
- E - Une hématurie d'origine néphrologique sera souvent associée à une anomalie rénale en échographie

(Réponse : ABCDE)

QCM

QUESTION 4/5 :

Quelle(s) affirmation(s) est (sont) vraie(s) ?

A - La présence d'une hématurie macroscopique en cas de traumatisme abdominal ne nécessite une imagerie injectée qu'en cas d'instabilité hémodynamique

B - Le diagnostic de bilharziose urinaire se fait sur des prélèvements réalisés lors d'une cystoscopie

C - Une consommation excessive de betteraves ou la prise récente de rifampicine retrouvées à l'interrogatoire peuvent expliquer une hématurie et permettent d'éviter des explorations complémentaires

D - Lors de l'examen clinique, les touchers pelviens sont indispensables

E - L'uroscanner et la cystoscopie sont les examens de réalisation indispensables du bilan d'hématurie de tout patient présentant des facteurs de risque de carcinome urothélial

(Réponse : BDE)

QCM

QUESTION 5/5 :

Quelle(s) affirmation(s) concernant ces situations cliniques est (sont) vraie(s) ?

A - En l'absence d'anomalie à l'imagerie, la présence d'un saignement urétéral bilatéral visualisé en cystoscopie doit faire envisager une étiologie néphrologique

B - La première étiologie à évoquer après un premier épisode d'hématurie macroscopique chez un homme de 70 ans non fébrile, présentant une dysurie et une pollakiurie, est un cancer de prostate

C - Le diagnostic le plus probable lors d'épisodes d'hématurie macroscopique récidivant chez un jeune homme présentant une dysphagie fébrile est la glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique

D - Une hématurie macroscopique associée à une douleur de colique néphrétique signe la nature lithiasique de l'obstacle

E - Une hématurie microscopique isolée survenue chez une femme jeune après un marathon nécessite un contrôle par examen du culot urinaire après 72 heures de repos avant toute imagerie

(Réponse : AE)

QROC

QUESTION 1/6 :

Quels critères permettent d'orienter le diagnostic vers une étiologie urologique ou néphrologique ?

Réponse attendue :

Urologique :

- Interrogatoire :

- **facteurs de risque de carcinome urothélial** : tabac, expositions professionnelles aux amines aromatiques, iatrogénie : radiothérapie/cyclophosphamide, irritation chronique : bilharziose urinaire/sondage à demeure.
- Clinique :
 - présence de caillots ;
 - hématurie initiale ou terminale ;
 - douleur lombaire, signes fonctionnels urinaires du bas appareil.
- Paraclinique :
 - anomalie à l'échographie vésico-rénale.

Néphrologique :

- Interrogatoire :
 - notion d'insuffisance rénale familiale ;
 - infection ORL récente.
- Clinique :
 - œdèmes des membres inférieurs, hypertension artérielle, oligurie ;
 - absence de caillots.
- Paraclinique :
 - hématies déformées, ou cylindres hématiques à l'ECBU ;
 - protéinurie et/ou insuffisance rénale associée ;
 - échographie rénale normale.

QROC

QUESTION 2/6 :

Quels principaux diagnostics différentiels sont à évoquer ?

Réponse attendue :

Hémorragie de voisinage :

- urétrorragie ;
- génitale (menstruations, métrorragies), hémospemie

Coloration des urines :

- origine alimentaire : betteraves, fruits rouges ;
- médicamenteuse : rifampicine, érythromycine, métronidazole, salazopyrine ;
- pigments : hémoglobinurie, myoglobinurie, urobilinurie.

QROC

QUESTION 3/6 :

Quelle valeur localisatrice est accordée à la chronologie de l'hématurie macroscopique ?

Réponse attendue :

- **Initiale** (survenant au début de la miction) : suggère une localisation urétrorprostatique.
- **Terminale** (en fin de miction) : signe une localisation vésicale.
- **Totale** (sur toute la durée de la miction) : peut être d'origine rénale, cependant en cas d'hématurie abondante elle n'a pas de valeur localisatrice.

QROC

QUESTION 4/6 :

Quels grands cadres nosologiques sont à évoquer devant une hématurie totale ?

Réponse attendue :

Causes urologiques :

- Tumeurs urothéliales de la vessie ou de la voie excrétrice supérieure.
- Tumeurs rénales.
- Infections urinaires.
- Lithiases urinaires.
- Traumatisme.
- Iatrogène (post-geste endo-urologique).

Causes néphrologiques :

- Néphropathies glomérulaires :
 - glomérulonéphrite aiguë post-infectieuse ;
 - glomérulonéphrite à dépôts mésangiaux d'IgA (maladie de Berger) ;
 - syndrome d'Alport.
- Néphropathies vasculaires :
 - nécrose papillaire ;
 - infarctus rénal.

QROC

QUESTION 5/6 :

Quels paramètres cliniques et biologiques sont à évaluer en urgence, avant le bilan diagnostique, lors de la découverte d'une hématurie macro- ou microscopique ?

Réponse attendue :

En cas d'hématurie macroscopique :

- recherche d'une rétention aiguë d'urine sur caillottage intravésical ;
- anurie par caillottage des voies excrétrices urinaires supérieures ;
- tolérance hémodynamique : tension artérielle, fréquence cardiaque ;
- anémie : tachycardie, pâleur cutanéomuqueuse ;
- douleur thoracique (complication cardio-vasculaire si terrain à risque).

En cas d'hématurie microscopique :

- protéinurie, leucocyturie-nitrites (infection) à la bandelette urinaire ;
- hypertension artérielle.

QROC

QUESTION 6/6 :

Quel bilan de première intention est à réaliser devant une hématurie macroscopique ?

Réponse attendue :

Ordre des examens orientés par la chronologie de l'hématurie.

À visée diagnostique :

- ECBU :
 - confirme l'hématurie ;
 - oriente vers une cause urologique ou néphrologique ;
 - élimine une infection urinaire.
- Échographie vésico-rénale ± uroscanner.
- Protéinurie des 24 heures.
- Cytologie urinaire.
- Urétrocystoscopie à réaliser précocement si facteurs de risque de carcinome urothélial, hématurie initiale ou terminale.

Pour évaluer le retentissement :

- NFS et bilan d'hémostase.
- Fonction rénale : urée/créatininémie, clairance.

Cas clinique

Scénario :

Un soir de garde, vous recevez aux urgences Monsieur H. pour douleurs abdominales évoluant depuis le début d'après-midi. Ce patient âgé de 59 ans, teinturier, présente comme antécédents un tabagisme actif à 40 PA et une ACFA traitée par warfarine et amiodarone.

L'interrogatoire retrouve plusieurs épisodes d'hématurie macroscopique ainsi qu'une douleur peu intense mais chronique lombaire droite depuis 1 an. Il a présenté une hématurie totale avec caillots ce matin même et n'a plus réussi à uriner depuis. Le transit est conservé.

Les constantes relevées lors de l'examen clinique sont : température 37,1°, pouls 82 bpm, PA 135/80 mmHg. Vous retrouvez à la palpation une voussure hypogastrique douloureuse, de même qu'une sensibilité à l'ébranlement de la fosse lombaire droite.

QUESTION 1/9 :

Quel diagnostic faites-vous concernant le motif de consultation de Monsieur H. ? Justifiez.

Réponse attendue :

Rétention aiguë d'urine
Sur caillotage intravésical

Les arguments en faveur de ce diagnostic sont :

- terrain : homme de plus de 50 ans
- hématurie macroscopique
- traitement anticoagulant
- clinique :
 - globe vésical voussure hypogastrique douloureuse
- chronologie : absence de miction spontanée après hématurie
- signes négatifs : transit conservé, absence d'hyperthermie

QUESTION 2/9 :

Quelle est l'étiologie de douleur lombaire associée à des hématuries la plus probable ici ? Sur quels arguments ?

Réponse attendue :

Tumeur urothéliale des voies excrétrices urinaires supérieures droites

Origine urologique de l'hématurie devant la présence de caillots

Terrain : homme de plus de 50 ans

facteurs de risque de carcinome urothélial :

- tabagisme
- possible exposition professionnelle
- hématurie macroscopique récidivante

Clinique : caractère total de l'hématurie (même si faible valeur localisatrice en cas d'hématurie abondante)

QUESTION 3/9 :

Quelle est votre prise en charge immédiate aux urgences ?

Réponse attendue :

Hospitalisation en urgence

Mise en condition : monitoring, cardio-tensionnel, saturomètre, mise en place d'une voie veineuse périphérique

Drainage des urines :

- mise en place d'une sonde vésicale double courant
- contre-indication au cysto-cathéter sus-pubien (0 si pose du cathéter)
- réalisation d'un ECBU
- décaillotage manuel à la seringue
- mise en place d'irrigation lavage au sérum physiologique

Évaluation de l'état cardiologique et de la tolérance de l'anémie : ECG

Bilan biologique : NFS, hémostase INR, TP/TCA ; créatininémie

Discuter en fonction du bilan initial un bilan pré-transfusionnel : Groupe rhésus RAĬ

Arrêt des AVK ± relais par héparine après avis cardiologique

Surveillance :

- constantes
- bilan entrée sortie, diurèse
- prévention du syndrome de levée d'obstacle
- biologique : contrôle de la numération formule

Dans un second temps, si persistance d'un caillotage : réalisation d'un décaillotage au bloc opératoire sous anesthésie générale par cystoscopie

QUESTION 4/9 :

Le bilan biologique réalisé aux urgences ne montre pas d'anomalie. Votre prise en charge aiguë se révèle efficace et les urines redeviennent « claires » après quelques heures. Quels examens complémentaires programmez-vous à visée étiologique ?

Réponse attendue :

Échographie vésico-rénale :

- recherche d'une lésion tissulaire appendue à la vessie
- dilatation des cavités pyélocalicielles

Uroscanner :

- après vérification de la créatininémie
- à la recherche d'une lésion du haut appareil

Cystoscopie :

- sous couvert d'un ECBU stérile
- à la recherche de lésions vésicales, ou
- d'un saignement issu d'un méat urétéral

Cytologie urinaire

QUESTION 5/9 :

Vous revoyez Monsieur H. en consultation une semaine plus tard muni de cet examen. Décrivez l'iconographie jointe (fig. 8 et fig. 9).

Réponse attendue :

Uroscanner :

- image a : coupe transversale au temps parenchymateux montrant une masse du bassinet rénal gauche se rehaussant après injection
- image b : coupe centrée sur le rein gauche au temps excréteur montrant une lacune dans le bassinet du rein gauche

Dans le contexte, on suspecte alors une tumeur urothéliale du bassinet gauche

QUESTION 6/9 :

Vous confirmez votre principale hypothèse diagnostique. Une néphro-urétérectomie totale gauche sera réalisée. L'épouse du patient vous demande alors si la maladie de son mari peut être liée à sa profession. Précisez succinctement la procédure de déclaration en maladie professionnelle.

Réponse attendue :

Une maladie est présumée d'origine professionnelle si elle est désignée dans un tableau des maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées par les colonnes du tableau :

- désignation de la maladie : énumération limitative des symptômes ou lésions pathologiques
- délai de prise en charge c'est-à-dire entre la fin de l'exposition et la 1^{re} constatation médicale
- la liste des travaux responsables

La procédure de déclaration à la CPAM se fait par le patient et comprend :

- un formulaire de déclaration à remplir en 3 exemplaires
- un certificat médical initial (en 2 exemplaires) fourni par le médecin traitant
- une attestation de salaire fournie par l'employeur
- avec un délai de 15 jours après cessation de travail ou constatation médicale pour envoyer avec accusé de réception le dossier à la CPAM

QUESTION 7/9 :

Quelques jours plus tard, vous voyez en consultation le fils de Monsieur H. Cet étudiant de 21 ans consulte lui aussi pour hématurie. Il avait déjà uriné du sang une ou deux fois sans caillots les hivers derniers mais cela ne l'avait pas inquiété, enfin, jusqu'à l'histoire de son père... L'interrogatoire ne retrouve aucun antécédent notable, quelques angines ou rhumes l'hiver « comme tout le monde » vous dit-il. L'examen clinique est sans particularités. La bandelette urinaire réalisée au cabinet retrouve des urines macroscopiquement claires mais 1 croix de protéinurie et 2 croix d'hématurie. Quel diagnostic évoquez-vous

? Argumentez.

Réponse attendue :

Néphropathie à IgA ou maladie de Berger :

- Terrain : homme jeune
- sans facteurs de risque de carcinome urothélial
- clinique : syndrome des hématuries macroscopiques récidivantes
- orientation néphrologique : absence de caillots, de douleurs
- association à des épisodes infectieux ORL
- protéinurie et hématurie à la bandelette urinaire
- argument de fréquence

QUESTION 8/9 :

Quel bilan complémentaire prescrivez-vous ?

Réponse attendue :

ECBU (confirme l'hématurie et élimine une infection urinaire)
Protéinurie des 24 heures
Urée, créatininémie et calcul de la clairance (formule de Cockcroft ou MDRD)
Ionogramme sanguin
Numération formule sanguine
Échographie vésico-rénale

QUESTION 9/9 :

Quel examen confirmera votre hypothèse ? Quelles précautions nécessite-t-il ?

Réponse attendue :

Biopsie rénale :
– sous guidage échographique
– après contrôle du bilan d'hémostase
– et de l'équilibre tensionnel

Les atteintes spécifiques de la maladie de Berger sont :
– en microscopie optique : prolifération endocapillaire de cellules mésangiales
– en immunofluorescence : dépôts mésangiaux d'IgA