

# HEMATURIE

Dr : BELGUEROUI .H

- Définition, Physiopathologie
- Circonstances de Découverte
- Diagnostic Positif
- Diagnostic Différentiel
- Diagnostic Etiologique
- Conclusion

## I. DEFINITION :

Présence de sang dans les urines à un taux >5 000 globules rouges (GR) par minute ou par ml.

Publicité

## II. PHYSIOPATHOLOGIE :

Une hématurie est quantifiée par un débit exprimé en GR/min.

En fait, il est plus simple de compter le nombre de GR/ml en sachant que le débit moyen normal est de l'ordre de 1ml/min.

**Physiologiquement**, le débit d'hématies est *inférieur* à 2 500/ml.

## III. CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE :

Le dépistage d'une hématurie se fait par bandelette. Le seuil de sensibilité est fixe à 5 000 GR/ml. Les *faux positifs* sont le fait d'une absorption de *salicylés ou de Vitamine C, ou encore d'une densité urinaire élevée* (hémolyse spontanée).

Certaines circonstances amènent à rechercher une hématurie: traumatisme abdominal ou lombaire, signes urinaires bas, contact lombaire, coliques néphrétiques. Ailleurs, ce peut être un *syndrome néphrotique* ou un *syndrome néphrétique*.

## IV. DIAGNOSTIC POSITIF :

### ➤ Clinique :

L'interrogatoire doit rechercher les antécédents urogénitaux familiaux ou personnels, les signes généraux et les prises médicamenteuses.

La recherche des facteurs de risque de cancer urologique est primordiale: tabagisme, radiothérapie pelvienne, exposition professionnelle aux colorants et au caoutchouc.

*L'hématurie est microscopique quand il existe moins de 300 000 GR/ml. Seuls la bandelette et un examen microscopique permettent de la mettre en évidence.*

*Elle est dite macroscopique quand le seuil de 1 000 000GR/ml est atteint. Elle est alors visible à l'oeil nu.*

L'hématurie macroscopique *initiale* oriente vers une lésion prostatique, cervicale ou uréthrale postérieure. L'hématurie *terminale* oriente vers une lésion vésicale. Enfin, l'hématurie *totale* a une faible valeur localisatrice rénale.

**NB:** si la couleur des urines est rouge au début d'une hématurie macroscopique, elle devient ensuite brune.

#### ➤ **Biologie :**

Le dépistage à la bandelette doit toujours être complété par un décompte des GR/ml ou mieux, /min. En cas d'hématurie microscopique, on ne l'affirmera qu'après 2 prélèvements successifs.

L'association à des anomalies du sédiment urinaire permet une classification entre une origine *glomérulaire* (présence de cylindres hématiques) et *non-glomérulaire* (présence de caillots), car hématurie micro- et macroscopique peuvent avoir la même signification pathologique.

L'examen du culot urinaire au microscope en contraste de phase permet aussi cette distinction: les GR d'origine glomérulaire apparaissent déformés alors que ceux provenant des voies excrétrices sont normaux. *La présence concomitante des 2 populations ne permet pas de conclure.*

Un bilan biologique complémentaire est utile en première intention: bilan phosphocalcique et uricémie/uricurie, protéinurie des 24h et micro albuminurie.

#### ➤ **Imageries :**

**L'échographie :** prescrite en première intention permet de faire le *diagnostic de la plupart des tumeurs* rénales, vésicales et prostatiques.

**L'urographie intra-veineuse** : (UIV) n'est pas plus performante, possède des contre-indications mais permet une étude de la fonction rénale.

Selon les résultats de l'écho, on pratiquera:

- une *ponction biopsie rénale* pour typer une néphropathie
- une *imagerie rénale* en cas de suspicion de tumeur du haut appareil (UIV, scanner, Imagerie par résonance magnétique, artériographie)
- une *cystoscopie* en cas de suspicion de tumeur du bas appareil

**conduite à tenir devant une hématurie:**

- chercher les signes cliniques
- répéter l'examen en cas d'hématurie microscopique
- pratiquer une biologie complémentaire
- faire une ECBU
- faire une échographie

## **V. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :**

Une porphyrie, une prise médicamenteuse (Rifampicine, Flagyl) et certains aliments (betterave, rhubarbe) sont aussi en cause. Dans ces cas, la *bandelette est négative*.

Une coloration rouge des urines peut être le fait d'une hémoglobinurie par hémolyse, d'une myoglobinurie avec bandelette positive. Un *décompte des GR négatif* permet de faire la distinction. Le diagnostic est affirmé par *spectrométrie*.

Le sondage urinaire, toujours traumatisant, entraîne la constatation d'une hématurie factice. Une uréthrorragie fait saigner en dehors des mictions. Des pertes sanglantes *vaginales* peuvent prêter à confusion. Une hémospemie est faite de sperme mélangé de sang.

## **VI. DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :**

L'hématurie n'a en général aucune gravité, mais elle témoigne toujours, y compris chez les patients sous anticoagulants, d'une lésion de l'appareil urinaire.

### **1) Les hématurie non-glomérulaires ou de cause urologique: fréquence des Signes fonctionnels urologiques**

- **Infections urinaires+++**
- **Lithiase rénale** : surtout lors des coliques néphrétiques, mais aussi lors d'hypercalciurie ou d'hyperuricurie sans lithiase décelable.
- **Bilharziose** : parasitose très répandue en Afrique et en Asie (200 000 000 de personnes contaminées), dont le premier signe est l'hématurie. Le diagnostic repose sur la mise en évidence d'oeufs et l'aspect en cystoscopie.
- **Traumatisme** : du rein et des voies excrétrices
- **Effort physique** : très important
- **Cancers et tumeurs bénignes du rein et des voies excrétrices**
- **Nécrose papillaire** secondaire à une néphropathie aux analgésiques, au diabète, à la drépanocytose
- **Tuberculose urogénitale**
- **Polykystose rénale** : (par hémorragie intrakystique)
- **Tumeurs vésicales bénignes ou malignes** : l'hématurie y est un signe relativement précoce en comparaison avec les tumeurs rénales et prostatiques; on note l'importance de la *cytologie urinaire éventuellement faite par cytofluorométrie* avant la cystoscopie.
- **Tumeurs prostatiques bénignes ou malignes**: l'adénome de la prostate provoque exceptionnellement des hémorragies très abondante à traiter en urgence; dans l'adénocarcinome de la prostate, l'hémorragie est nettement moins abondante.

### **2) Les hématuries glomérulaires ou de cause néphrologique**

Elles peuvent correspondre à n'importe quelle glomérulonéphrite (GN) **avec hypercellularité: seule la ponction biopsie rénale permet d'établir le diagnostic avec certitude.**

La plus fréquente est la **maladie de Berger ou glomérulonéphrite à dépôts mésangiaux d'immunoglobuline A**, où l'hématurie est le plus souvent macroscopique et isolée. L'hématurie survient quelques jours après une infection ORL et est classiquement macroscopique et récidivante. Entre les épisodes persiste une hématurie microscopique associée à une protéinurie.

La plupart des **autres néphropathies glomérulaires**, outre les signes propres de la maladie, entraînent une *hématurie le plus souvent microscopique*. Il existe fréquemment une *protéinurie associée*.

En revanche, une **néphropathie glomérulaire sans hématurie** doit faire évoquer une glomérulopathie non-proliférative telle que la *néphrose lipoïdique (lésions glomérulaires minimales)* ou une *amylose*.

***La lésion responsable n'est pas retrouvée dans 10% des cas.***

**3 . CAUSE HEMATOLOGIQUES : drépanocytose**

## **VII. CONCLUSION**

Une hématurie doit faire la preuve de son origine glomérulaire ou non, car le caractère microscopique ou macroscopique n'est pas discriminatif de l'origine de l'hématurie.

Nous l'avons vu, une proportion importante d'hématurie ne retrouve pas d'étiologie: une surveillance régulière est entreprise, surtout si l'hématurie est récidivante et qu'elle survient chez un homme de la cinquantaine.