

Le jeudi de la PMU Urologie
« Urologie en Médecine de Famille »

**Macrohématurie et infections urinaire :
examens de base et quand référer à
l'urologue**

22 avril 2021

Dre I. Lucca - Service d'Urologie

Cas Clinique

Patiante de 46 aa, BSH

ATCD: Hypothyroïdie, s/p 2 césariens

Depuis 1 an macrohématurie asymptomatique occasionnelle (max 1-2jours), pas de caillots

Bilan par MT:

- culture urine: E. Coli multisensible
- Labo: anémie

Pendant 1 an tt ATB lors des infections urinaires et tt médic Ac. Folique + Duofer

10.04.2019: consultation en urgence au CHUV pour tamponnade vésicale

AA: macrohématurie associée à une augmentation des fréquences des urines (jusqu'à 1x/30 min), sans douleurs. Elle signale une soif inhabituelle. Pas de fièvre ni frissons. Elle a effectué un sédiment et Uricult et elle débute une ABthérapie par Norfloxacine 400 mg pdt 3j du 05 au 07.03.19. Sous ce traitement elle constate uniquement une diminution de l'hématurie, mais sans résolution et une reaugmentation depuis le 09.03.19. L'Uricult réalisé le 02.04 est revenu positif pour Enterococcus faecalis. Pas de traumatisme.

Examen clinique sp

Examens complémentaires:

- Stix urinaire: hématurie sans leucocytes ni nitrites et protéinurie.
- Uricult: Ent. Faecalis
- Labo: anémie et VS élevé (DD Glomérulonéphrite ? autre ?)

Attitude: patiente retourne à domicile sans antibiotique, doit rappeler dans 48h pour le suite des résultats et discuter prise en charge

....48h plus tard

AA

Persistance macrohématurie et pollakiurie

Examens complémentaires

- URO-CT: Présence **de plusieurs formations tissulaires intravésicales** prenant naissance par une large base d'implantation sur la paroi de la vessie, la plus volumineuse, de localisation vésicale latérale gauche d'une taille maximale **de 10 cm** dans un plan crano-caudal. Pas de lésion rénale associée. Pas d'argument en faveur de lésion métastatique abdominale.
- Avis urologique demandé

Actuel

[12/04/2019 09:42:59]

<4 - 113 >



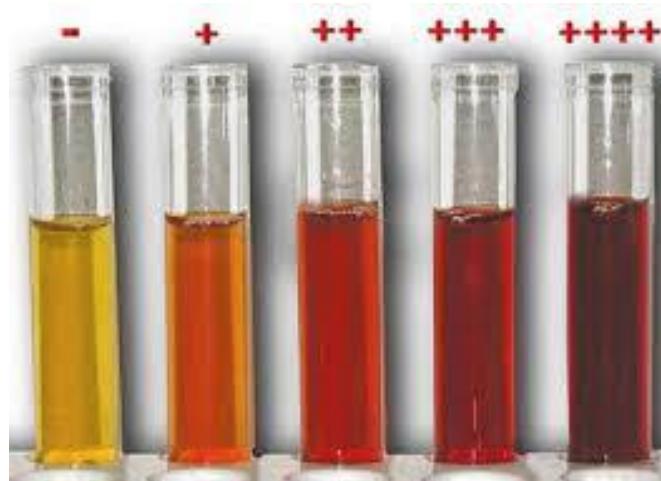
Avril 2019 - TURV: Carcinome urothelial de vessie de stade pTa, de bas grade, d'environ 8 cm, compliquée d'une tamponnade vésicale avec une deuxième TURV incomplète le 03.05.2019 pour un carcinome urothelial de vessie de haut grade, de stade pTa

Juin 2019 - Cystectomie radicale avec curage ganglionnaire et confection d'une vessie iléale selon Studer: carcinome urothelial de vessie de haut grade, de stade pT2a (m) pN0 (0/14) R0

Retard de diagnostic chez la femme

	Men	Women	P-value
Delay in diagnosis of bladder cancer from presentation with hematuria			
Mean no. days from hematuria presentation to bladder cancer diagnosis (95% CI)	73.6 (71.2–76.1)	85.4 (81.3–89.4)	<0.001
Median no. days from hematuria presentation to bladder cancer diagnosis (IQR)	35 (15, 88.5)	41 (17, 117)	<0.001
Delay < 3 months, n (%)	4068 (75.1)	1538 (68.9)	<0.001
Delay 3 to 6 months, n (%)	583 (10.8)	308 (13.8)	
Delay 6 to 9 months, n (%)	379 (7.0)	177 (7.9)	
Delay 9 to 12 months, n (%)	386 (7.1)	210 (9.4)	

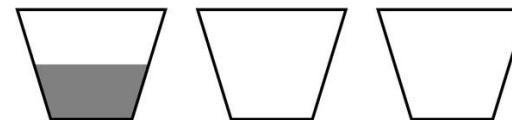
Hématurie



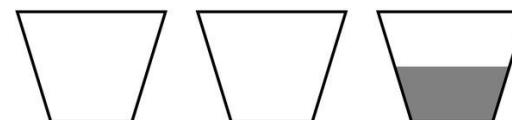
Micro et macro-hématurie

Épreuve des 3 verres.

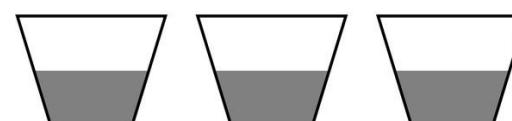
Début de miction Fin



Initiale



Terminale



Total

Origine urétrale ou prostatique

Origine vésicale

Pas valeur localisatrice. Origine haut appareil, mais toute hématurie abondante est totale

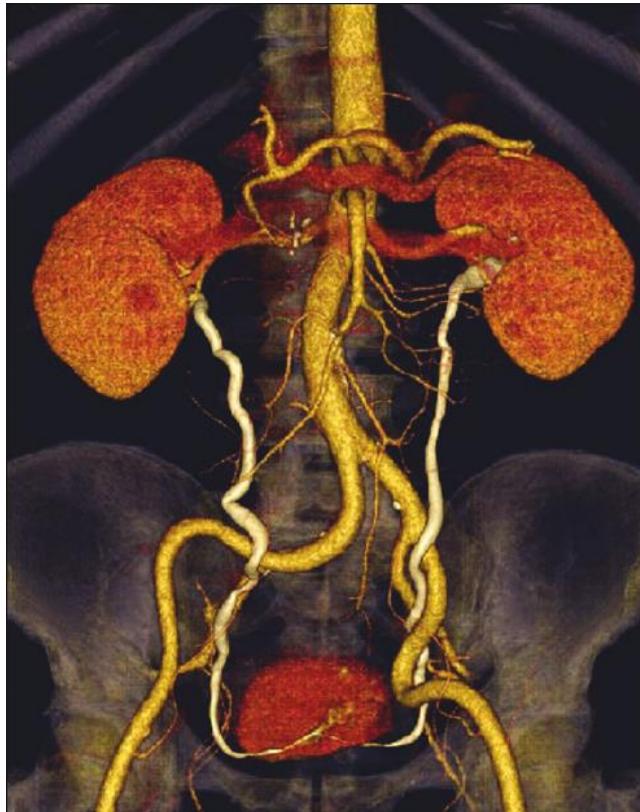
TAB. 1 Les principales causes de macrohématurie chez l'homme et la femme

Cause	Homme	Femme
Cancer urothelial de la vessie	3 fois plus fréquent Moins agressif Mortalité moins élevée	Stade plus avancé Risque augmenté de récidive et de progression Mortalité plus élevée
Carcinome urothelial des voies urinaires hautes	3 fois plus fréquent	3 fois moins fréquent
Cancer du rein	2 fois plus fréquent Cancer rénal papillaire plus fréquent Tumeur plus volumineuse et de plus hauts stade et grade	2 fois moins fréquent Cancer rénal chromophobe plus fréquent Tumeur moins agressive
Cancer de la prostate	A suspecter en cas de bilan de macrohématurie dans la norme	
Maladie lithiasique	Fréquence H:F d'environ 2:1 entre 30 et 79 ans	
Infection urinaire	Les femmes ont 30 fois plus de risque de développer une IU Anamnèse de voyages récents devrait être précisée (Tuberculose/Schistostoma)	
Anticoagulation	Les investigations devraient être les mêmes comme pour les patients non-anticoagulés	
Traumatismes	Plus fréquent chez les hommes que les femmes	
Hyperplasie bénigne de la prostate	Le lien entre l'hématurie et l'HBP n'est pas démontré	
L'endométriose		Prévalence de 15 % chez les femmes diagnostiquées d'une endométriose
Néphropathie IgA	3 fois plus fréquente	3 fois moins fréquente
Activité sportive	Peut se manifester après sports de contact et non-contact	
Pigmenturie/médicaments	Médicaments qui peuvent déclencher une néphrite, pigmenturie	
Vessie radique/iatrogène	Les patients avec une vessie radique ont un risque plus élevé pour un saignement	
Troubles de la crase/Drépanocytose	Peut se manifester avec une hématurie macroscopique	

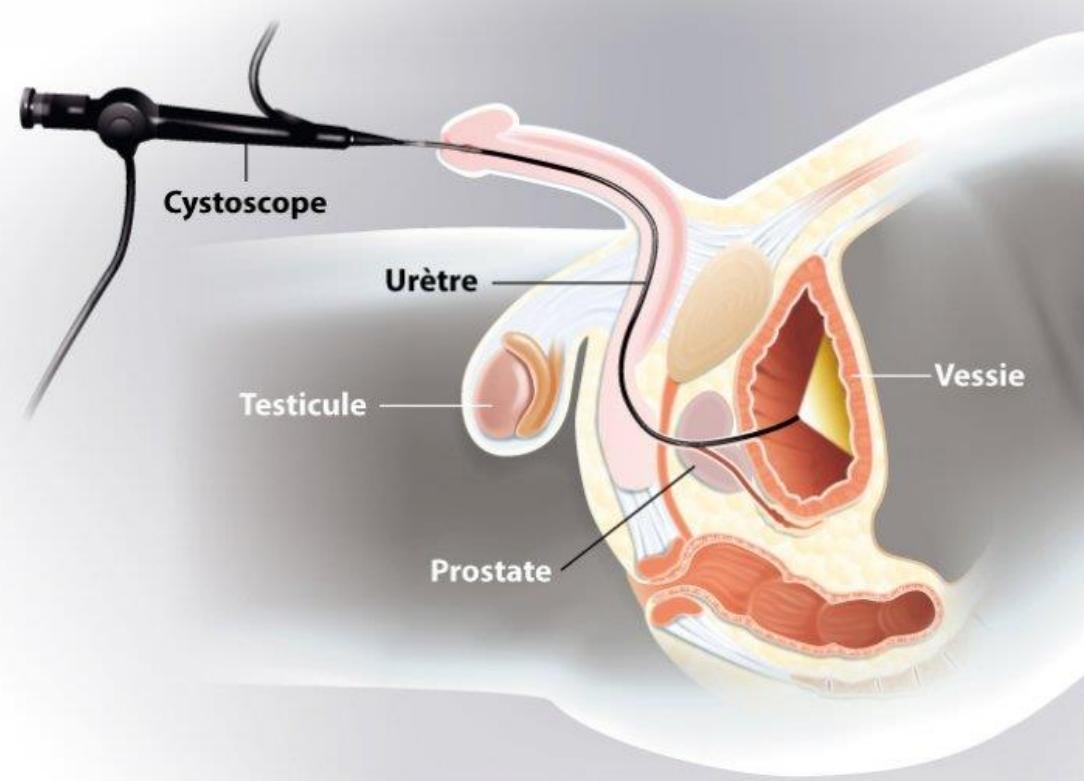
Microhématurie

- **Définition:** trois globules rouges ou plus par champ de forte puissance (HPF) sur un échantillon urinaire correctement collecté en l'absence d'une cause bénigne évidente (sédiment, pas de stix!)
- **Bilan de base:** examen physique et un examen de laboratoire afin d'exclure les causes bénignes, telles qu'une infection, la menstruation, des exercices vigoureux, une maladie rénale médicale, une maladie virale, des traumatismes ou des procédures urologiques récentes.
- **Bilan urologique:** Une fois les causes bénignes exclues, prévoir une évaluation urologique
- **Bilan néphrologique** si protéinurie, projections cellulaires et / ou insuffisance rénale ou tout autre indicateur clinique suspect de maladie parenchymateuse rénale (mais n'excluent pas la nécessité d'une évaluation urologique!)

Hématurie - bilan



Bilan radiologique



Cystoscopie + cytologie urinaire

Infection urinaire simple - diagnostic

Algurie/pollakiurie en l'absence de prurit/pertes vaginales permet de prédire à >90% la cystite

Gold standard : culture d'urine

- > 10e5 CFU/mL bactéries dans les urines de milieu de jet chez la femme
- > 10e4 CFU/mL bactéries dans les urines de milieu de jet chez l'homme

Stix urinaire

C'est la valeur prédictive négative qui est intéressante (98%)

Leucocyturie \neq infection

-> TB, lithiase, glomérulonéphrite, cystite interstitielle, CIS

Faux négatif : urines concentrées, glycosurie, vitamine C à haute dose

Bacteriurie asymptomatique

- 2 cultures séparées de 24h montrant le même germe à 10^5 CFU/ml chez la femme, 1 seule chez l'homme
- Epidémiologie
 - 1-5% des femmes avant la ménopause
 - 15-50% des patients institutionnalisés
 - 23-89% des patients médullaires
- Traiter :
 - Femmes enceinte
 - Avant intervention urologique
- Discuter d'un traitement chez les patients à risque (surtout : IRC, greffés et neutropéniques)
- Tout le reste : pas recommandé !

Infection à répétition

Infection urinaire symptomatique qui récidive à la suite d'un traitement approprié:

2> infections urinaires en 6 mois

3≥ infections urinaires en 1 an

Persistante ou réinfection?

Faire la différence n'est pas toujours facile ! (CAVE persistance factice)

Persistante = Rechute (env. 15 jours ou moins)

Evoquer la persistante sur la base de l'antibiogramme

Vérifier que les traitements étaient adéquats, la résistance initiale ou acquise est la première cause

Possibles causes

1. Facteurs hôtes
2. Facteurs pathogéniques
3. Troubles fonctionnels
4. Anomalie anatomique
5. Pathologie urologique

Chez la femme pré-ménopausique

- Le cas de loin le plus fréquent
- Généralement pas d'anomalies fonctionnelles, anatomiques ou urologique
- Associé principalement à une augmentation de la réceptivité mucosale aux pathogènes et à l'activité sexuelle

Recommandations de base :

- Stimulation de la diurèse
- Miction post-coitale dans les 30 minute
- Eviter constipation
- Favoriser lactobacilles (évitement spermicides, toilette intime intensive, douche vaginale, savons, tampons)
- Anamnèse sexuelle essentielle

Chez la femme pré-ménopausique

Traitements:

- Bactrim F 2x/j pour 3 jours
- Uvamine ret. 100mg 2x/j pour 5 jours
- Monuril 3g en dose unique
- Augmentin 625mg 3x/j pour (3-) 6 jours
- **2^e intention** Ciproxine 500mg 2x/j pour 3 jours

Méthodes alternatives :

- Prophylaxie immunoactive : Uro-Vaxom 1cp/j pour 3 mois
- Probiotiques : ovule lactobacilles, Gynoflor 1cp/j pour 6-12 jours
- Prophylaxie par Canneberge : Fructose/Proanthocyanidines bloquant l'adhérence bactérienne, quantité imprévisible donc efficacité également

Chez la femme post-ménopausique

Rechercher surtout :

Cystocèle

Incontinence

Résidu vésical pathologique

Evaluer substitution œstrogènes/lactobacilles

Gynoflor 1cp/j pour 12 jours

Privilégier traitement topique plutôt qu'oral

6-20% irritation vaginale

CAVE endométriose/Cancer hormonodépendant

Traitements antibiotiques similaires à la femme pré-ménopausique

Chez l'homme

- Souvent dû à une origine obstructive
 - Souvent une réinfection
 - Traiter la cause, améliorer la vidange
- En cas de persistance
 - Prostatite bactérienne chronique
 - Épisodes récurrents de douleurs et troubles de la vidange
 - Prostate élargie, saillante et sensible
 - Culture post-massage du premier jet peut être utile
 - Antibiotiques au long court, 4-6 semaines

Antibiotiques 1^{er} ligne

- Ciproxine 500mg 2x/j pour 7 jours
- Bactrim F 2x/j pour 7 jours
- Prolonger selon évolution

Conclusion

- L'hématurie nécessite toujours des investigations - chercher la cause!
- Ne pas négliger les infections urinaires associées à l'hématurie, spécialement chez la femme et si récidivantes
- N'hésitez pas à contacter l'urologue pour des cas complexes

Merci pour votre attention!



Ilaria.lucca@chuv.ch