L’hématurie est un motif fréquent de consultation car elle est souvent la cause d’une grande anxiété tant pour le malade que pour le médecin surtout si elle est macroscopique .Son spectre diagnostique est très large, allant de pathologies bénignes à des tumeurs malignes, en passant par certaines néphropathies.

Une hématurie ne doit jamais être banalisée dans un contexte d’anti coagulation, car elle peut être imputée a une autre cause. Il n’y a pas de parallélisme entre l’importance du saignement et la gravité de la maladie.

1. **OBJECTIFS**

Définir une hématurie et savoir reconnaitre une hématurie des autres colorations des urines

Savoir qu’une hématurie microscopique a la même signification que l’hématurie macroscopique

Savoir localiser l’origine du saignement sur l’arbre urinaire et les examens paracliniques a prescrire

Citer les principales causes des hématuries

1. DEFINITION

L’hématurie est définie par la présence d’hématies ou globules rouges en quantité anormale dans les urines émises au moment de la miction et supérieure à 10000 GR/ml

Elle peut être visible à l’œil nu, dans ce cas elle est dite macroscopique, les urines sont alors rouges plus ou brunâtres

L’hématurie microscopique, n’est pas visible à l’œil nu; elle est dépistée par la bandelette urinaire ou autre examen de laboratoire. Elle a cependant la même valeur diagnostique que l’hématurie macroscopique. La découverte d’une hématurie rend indispensable la recherche d’une étiologie

1. PHYSIOPATHOLOGIE

Elles interviennent dans 2 cadres nosologiques:

* Urologique: la présence d’hématies est liée à une lésion du parenchyme rénal ou de l’arbre urinaire par lésion des vaisseaux sanguins du calice jusqu’à l’urètre
* Néphrologique: passage des hématies à travers une membrane basale glomérulaire altérée. Il n’y a pas de caillots par la présence d’une enzyme fibrinolytique (urokinase) par contre des cylindres hématiques y sont souvent associés. L’association est fréquente à une protéinurie (≥ 0,3 g/24 h) voire un syndrome néphrotique
1. DIAGNOSTIC POSITIF
2. H macroscopique: motif fréquent de consultation, il est rapporté par le patient lui-même. Il note des urines rouges ou brunâtres

Devant des urines colorées on élimine une coloration alimentaire telle que betteraves, choux rouges ; la présence de pigments sanguins et biliaire comme la myoglobine, porphyrie, la bilirubine. Certains médicaments colorent également les urines (rifampicine, métronidazole, VIT B12) et certains laxatifs contenant de la phénolphtaléine.

En dehors de la miction on recherche une urétrorragie chez l’homme (indépendante de la miction) et des métrorragies chez la femme

1. H microscopique est découverte par la bandelette ou sédiment urinaire lors d’un dépistage ou orienté lors d’un bilan de surveillance d’un diabète, HTA, insuffisance rénale ou d’œdèmes des membres inférieurs. Elle a la même valeur sémiologique que l’hématurie macroscopique

D’autres signes peuvent amener le malade a consulter tels que des douleurs, troubles urinaires. Toute hématurie nécessite une exploration a la recherche d’une cause

1. Valeur localisatrice d’une hématurie macroscopique

Une hématurie macroscopique d’origine néphrologique est totale, sans douleur, sans caillots, sans brûlures mictionnelles; à distance de l’épisode macroscopique, l’origine souvent glomérulaire est confirmée par la présence d’une hématurie microscopique à la bandelette urinaire souvent associée à une protéinurie

Une hématurie d’origine urologique peut s’accompagner de la présence de caillots, fièvre, douleurs lombaires unilatérales

La chronologie dans le temps mictionnel par l’épreuve des 3 verres permet alors de suggérer l’origine

Lorsque celle-ci est:

 - Initiale : une origine urétro –prostatique

 - Terminale: une origine vésicale

 - Totale: peut être d’origine rénale.

Cependant quand elle est abondante elle n’as pas de valeur localisatrice



1. Examens complémentaires

 En fonction de l’orientation

* **V**ers une origine néphrologique

Protéinurie des 24h : si >2g= atteinte glomérulaire

Recherche de cylindres hématiques ou d’hématies déformées

Créatininémie et DFG estimé

Cytologie quantitative des urines

 Échographie rénale en vue d’une biopsie rénale

* En cas d’orientation vers une origine urologique :

 Rechercher une tumeur de l’épithélium urinaire :

 Examen cytobactériologique des urines : recherche d’infection

 Cytologie des urines: hématies, leucocytes, cellules épithéliales, cristaux, cylindres, cellules néoplasiques

 Échographie des voies urinaires

 Uroscanner ou uroIRM

 urétrocystoscopie vésicale avec biopsies ( sujet >50ans)

 Urétéroscopie

1. DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

 *A)* Anamnèse

 - Antécédents personnels: diabète, HTA, protéinurie hémoglobinopathies, anomalies de la coagulation, infection ORL récente, traitements (anticoagulants, AINS, chimiothérapie)

- Signes d’appels urologiques : caillots, fièvre, douleurs lombaires unilatérales, cystite (brulures mictionnelles, pollakiurie)

- Contexte évocateur: traumatisme

- Séjour en zone d’endémie (bilharziose)

- Facteurs de risque: tabagisme, l’exposition professionnelle à des produits carcinogènes (goudrons colorants…..).

- Antécédents familiaux: polykystose rénale, surdité héréditaire (syndrome d’Alport)

 *B*) Examen clinique

Signes de gravité : anémie, hypotension, tachycardie, choc hypovolémique

HTA maligne en cas de néphropathie glomérulaire

 Globe vésical : palpation

 Signes rénaux : Contact lombaire (tumeur), un Giordano (colique néphrétique) orientant vers le haut appareil urinaire

 Toucher rectal (prostate chez l’homme)

 Œdèmes des membres inférieurs

 Présence de caillots oriente vers une origine urologique.

L’orientation vers une étiologie est simple lorsqu’il existe des signes d’accompagnement évocateurs, très difficiles quand l’hématurie est isolée;

 *C)* Etiologies

1- Causes néphrologiques:

a. Hematurie microscopique: faire en première intention une protéinurie des 24h si + enquête

* **Diagnostic** probable une néphropathie glomérulaire : la biopsie renale = étiologie

Si isolé éliminer une cause urinaire

Si investigations urologiques négatives

 Néphropathie à IgA

 Syndrome néphritique aigu

 Syndrome d’Alport: hématurie microscopique ou macroscopique, surdité

 Néphropathie interstitielle aiguë médicamenteuse

b. H Macroscopique : cause urologique en première intention.

* anticoagulation ou sous antiagrégant plaquettaire: ne doit pas dispenser d’un bilan étiologique (tumeur des voies urinaires)
* Si les investigations urologiques sont négatives, on évoque:

Néphropathie glomérulaire à IgA chez un sujet jeune

 Glomérulonéphrite rapidement progressive

 Polykystose rénale

 Nécrose papillaire (diabète, analgésiques, drépanocytose)

 Infarctus rénal

  Thrombose d’une veine rénale néphrotique).

 **2-**  **causes urologiques:**

* Devant toute hématurie macroscopique ou microscopique isolé

 Age > 40 ans

 Tabagisme

 Exposition toxique (colorants)

 **Rechercher un carcinome urothélial** de la vessie et des voies urinaires hautes

* Tumeurs rénales bénignes (angiomyolipome) ou malignes

 (adénocarcinome)

* Infections urinaires
* Lithiases urinaires
* Traumatismes urologiques
* Affections prostatiques (adénome ou cancer, prostatite)
* Cystites médicamenteuses

 ARBRE DECISIONNEL

*