

# Que faire en cas d'hématurie?

Tobias Zellweger

Urologische Abteilung, Claraspital Basel

Schweizerische  
Gesellschaft für  
Urologie  
Société suisse d'  
Urologie

## Introduction

Parfois, les patients présentant une macrohématurie asymptomatique sont systématiquement «traités» avec des antibiotiques, sans qu'une infection de l'appareil urinaire n'ait été mise en évidence. Cette approche «pragmatique» retarde inutilement, et éventuellement au prix de lourdes conséquences, la détermination de la vraie cause de saignement, car les tumeurs uro-génitales se manifestent souvent en premier lieu par une hématurie. Néanmoins, les calculs, les infections, les malformations et les maladies rénales parenchymateuses peuvent aussi se révéler de cette manière.

La stratégie diagnostique – d'une perspective urologique – de la macrohématurie ou de la microhématurie est un axe particulièrement important à transmettre sur le plan de la formation continue. Il s'agit là de recommandations, qui se basent sur des recommandations internationales, souvent en l'absence de preuves formelles issues d'études.



Tobias Zellweger

L'auteur certifie qu'aucun conflit d'intérêt n'est lié à cet article.

## Microhématurie

Il est question de microhématurie lorsque du sang est détecté dans les urines uniquement au moyen d'un microscope ou de bandelettes urinaires. Bien que la détermination chimique simple de la microhématurie au moyen de bandelettes urinaires soit une méthode de dépistage valable et économique, le résultat doit toujours être confirmé par une analyse du sédiment urinaire. Cette dernière technique permet en plus de déterminer la morphologie érythrocytaire (fig. 1) et ainsi de faire la distinction importante sur le plan pronostique entre

les causes de saignement glomérulaires et non glomérulaires (tab. 1). Un épisode unique de microhématurie impose des contrôles, mais ne requiert pas nécessairement d'autres examens (risque de surdiagnostic). Par contre, si la microhématurie se confirme dans les examens ultérieurs, il est pertinent d'entamer une procédure diagnostique conséquente (voir ci-dessous).

## Macrohématurie

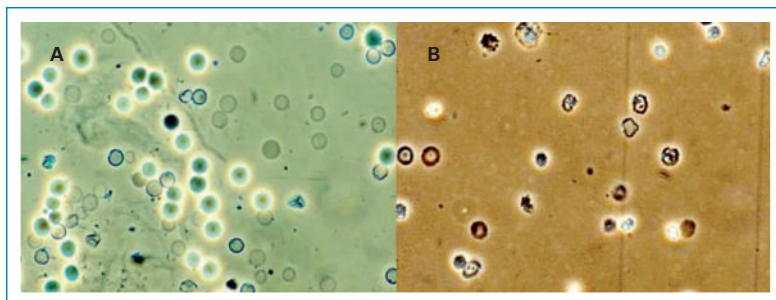
La macrohématurie se caractérise par la coloration rouge des urines, visible à l'œil nu. La coloration des urines décrite par le patient peut aussi être due à des médicaments ou à des aliments (par ex. betterave rouge et mûres), ce qui doit être relevé sur le plan anamnestique. Par ailleurs, l'origine de la coloration des urines est souvent mal interprétée par le patient lui-même (tractus génital chez la femme, tractus gastro-intestinal). Le tableau 1 et la figure 2 fournissent un aperçu du diagnostic différentiel de l'hématurie.

## Technique de collecte des urines

Il est indispensable d'adopter une technique correcte de collecte des urines pour éviter les résultats faussement positifs (contamination). En règle générale, une analyse des urines prélevées à mi-jet est suffisante. A cet effet, les points suivants doivent être respectés:

- Information préalable du patient concernant le but et la raison de l'analyse urinaire;
- instructions concernant la bonne méthode de collecte des urines (laisser couler le premier jet dans les toilettes, etc.);
- il est recommandé de laver les organes génitaux externes avant la miction;
- ne pas laisser reposer les urines trop longtemps avant l'analyse (lyse érythrocytaire spontanée).

Remarques supplémentaires: Chez les femmes, un échantillon urinaire prélevé à mi-jet est uniquement exploitable s'il est sans particularités. Un sédiment pathologique (érythrocytes, leucocytes ou bactéries) peut toujours aussi avoir une origine vaginale et donc être tout à fait normal. Pour cette raison, en cas d'urines pathologiques révélées par l'échantillon prélevé à mi-jet, un nouvel échantillon doit toujours être prélevé au moyen d'un cathéter à usage unique afin d'éviter à la patiente d'autres examens inutiles pour clarification de l'hématurie.



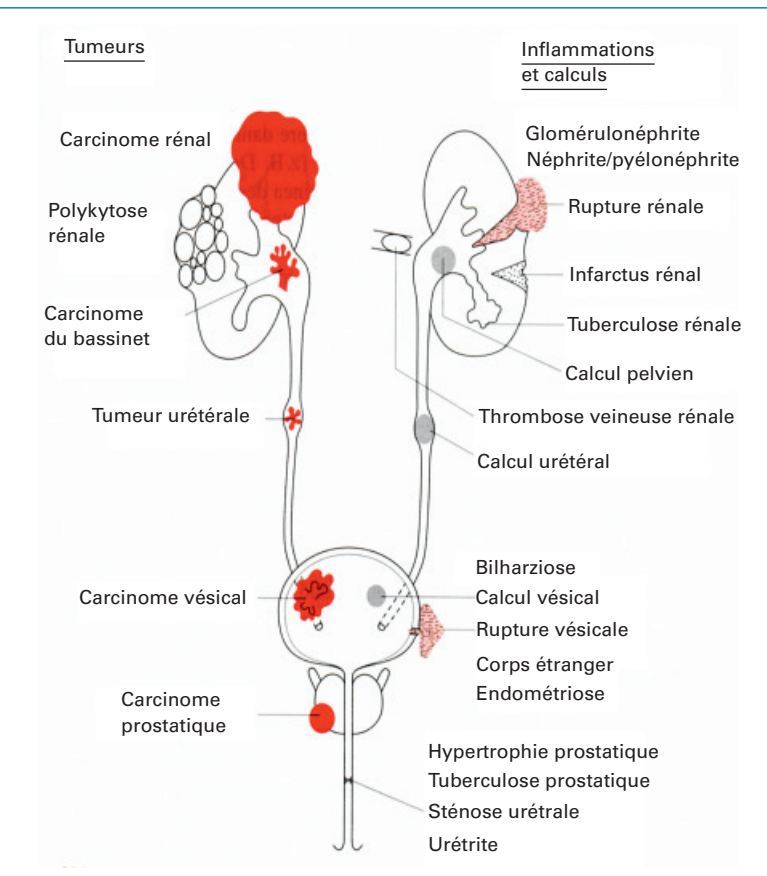
**Figure 1**  
Microhématurie non glomérulaire: érythrocytes isomorphiques (A), microhématurie glomérulaire: érythrocytes dysmorphiques (B), avec l'aimable autorisation du Dr G. Fogazzi, Milan.

**Tableau 1. Diagnostic différentiel de l'hématurie.****Non glomérulaire**

- Lithiase urinaire
- Infection (bactérienne, parasitaire, tuberculose)
- Néoplasie des reins ou du système génito-urinaire
- Hypertrophie bénigne de la prostate
- Effort physique («hématurie du jogger»)
- Médicaments (entre autres cytostatiques)
- Suites d'une intervention urologique
- Corps étranger (cathéter ou stent urologique)
- Troubles hématologiques: drépanocytose, coagulopathie, etc.
- Néphrite interstitielle
- Polykystose rénale, rein en éponge
- Traumatismes

**Glomérulaire**

- Glomérulonéphrite
- Néphropathies héréditaires (par ex. syndrome d'Alport)
- Hypertension maligne



**Figure 2**  
Diagnostic différentiel de l'hématurie (Wetterauer U, et al., éd. Lehrbuch Urologie. De Gruyter; 1995, avec l'aimable permission de l'éditeur).

**Tableau 2. Facteurs de risque de néoplasie de l'appareil urinaire.**

Abus de nicotine
Age >45 ans (particulièrement pour les hommes)
Exposition professionnelle à des agents carcinogènes: amines aromatiques (chimie) et dérivés de l'aniline (colorants, produits en caoutchouc, goudron, métallurgie)
Suites d'une irradiation pelvienne (par ex. en raison d'un cancer de la prostate ou du col utérin)
Schistosomiase

**Stratégie d'investigation**

**Anamnèse:** Interrogatoire portant notamment sur la durée de l'hématurie, sa survenue et son intensité, sur les symptômes mictionnels concomitants (cystite hémorragique), sur les médicaments pris, sur la présence de maladies systémiques (tab. 2) et sur l'ingestion préalable de nourriture susceptible de colorer les urines. Les indications du patient peuvent également fournir des indices quant à l'origine de la macrohématurie, à savoir initiale (urètre), terminale (col vésical) ou totale (vessie, urètre, reins).

**Examen clinique:** Examen incluant notamment l'inspection des organes génitaux et un toucher rectal.

**Sédiment urinaire:** L'analyse du sédiment urinaire permet d'une part de confirmer la microhématurie et d'autre part d'exclure une cause de saignement glomérulaire (tab. 1). L'origine glomérulaire se caractérise par des érythrocytes dysmorphiques (fig. 1) ou la présence de cylindres érythrocytaires. Si une protéinurie ou une fonction rénale altérée coexiste, un bilan néphrologique devrait être initié. En cas de confirmation d'une hématurie non glomérulaire (>80% des cas), les examens suivants doivent être pratiqués:

**Echographie:** Cet examen permet de visualiser le parenchyme rénal et ses altérations (carcinome des cellules rénales, calculs rénaux, etc.). L'échographie n'est pas appropriée pour exclure une tumeur au niveau de l'uretère ou de la vessie, car elle fournit souvent des résultats faussement négatifs.

**Urographie intraveineuse (UIV):** Jusqu'à récemment, elle constituait l'examen standard pour évaluer le pyélon et l'uretère. Il permet de visualiser les cavités de l'appareil urinaire supérieur (calculs rénaux, calculs urétéraux, carcinomes urothéliaux, etc.).

Alternative possible: **Tomodensitométrie (TDM) de l'abdomen:** D'après des études récentes, cet examen possède la sensibilité la plus élevée pour le diagnostic d'altérations pathologiques au niveau de l'appareil urinaire supérieur. Inconvénient: plus grande exposition aux radiations par rapport à l'UIV.

**(Uréthro)cystoscopie:** Examen standard pour évaluer l'appareil urinaire inférieur (urètre et vessie). En règle générale, cet examen est aujourd'hui réalisé sous anesthésie locale en utilisant un (uréthro)cystoscope souple, équivalent à un cathétérisme vésical du point de vue de la perception subjective de la douleur.

**Cytologie urinaire:** Examen le plus souvent réalisé sous forme de cytologie par lavage vésical à l'occasion d'une cystoscopie. La cytologie par lavage vésical présente une sensibilité diagnostique bien plus élevée que la cytologie urinaire par miction spontanée, qui n'est plus recommandée à l'heure actuelle.

**Remarques**

- Pour des raisons de radioprotection, les examens radiologiques de l'appareil urinaire supérieur (UIV, TDM) doivent être réalisés avec une très grande réserve chez les patients âgés de moins de 45 ans;
- une hématurie est normale chez les porteurs de stents urologiques (cathéter double J) ou de cathéters (cathéter de néphrostomie, cathéter de cystos-

tomie, cathéter vésical trans-urétral) et au cours des trois mois suivant une intervention trans-urétrale;

- une macrohématurie devrait toujours faire l'objet d'un bilan urologique, sauf chez les femmes âgées de moins de 45 ans avec infection urinaire documentée (cystite hémorragique). En cas de persistance de la macrohématurie malgré la prise d'une antibiothérapie tenant compte des résistances bactériennes, une clarification rapide est également indiquée;
- l'anticoagulation favorise une hématurie mais ne la cause pas. Ainsi, en cas d'hématurie sous traitement anticoagulant, les recommandations restent les mêmes qu'en cas d'hématurie sans traitement anticoagulant.

### Marche à suivre après un bilan sans particularités pour microhématurie (>50% des cas)

Sur ce point, les recommandations de la littérature sont hétérogènes: la marche à suivre dépend principalement des symptômes concomitants, de l'âge du patient et de ses facteurs de risque (tab. 2). En l'absence de symptômes et de facteurs de risque, il n'est pas nécessaire de procéder à une réévaluation diagnostique.

### Résumé

La présence de sang dans les urines impose la réalisation d'un bilan sérieux pour chercher la cause du saignement. La sensibilité diagnostique maximale est obtenue en combinant une analyse du sédiment, une cystoscopie et un examen d'imagerie de l'appareil urinaire supérieur: en fonction des disponibilités, TDM avec produit de contraste ou échographie plus urographie intraveineuse.

---

#### Correspondance:

PD Dr Tobias Zellweger  
Urologische Abteilung  
Claraspital  
CH-4058 Basel  
[tobias.zellweger@claraspital.ch](mailto:tobias.zellweger@claraspital.ch)

---

#### Références recommandées

- Grossfeld G, Litwin M, Wolf J, et al. Evaluation of asymptomatic microscopic hematuria in adults: The American Urological Association best practice policy. *Urology*. 2001;57:599–610.
- Loo R, Whittaker J, Rabrenovich V. National practice recommendations for hematuria: How to evaluate in the absence of strong evidence? *The Permanente Journal*. 2009;13(1):37–46.
- Wollin T, Laroche B, Psooy K. Canadian guidelines for the management of asymptomatic microscopic hematuria in adults. *Can Urol Assoc J*. 2009;3(1):77–80.