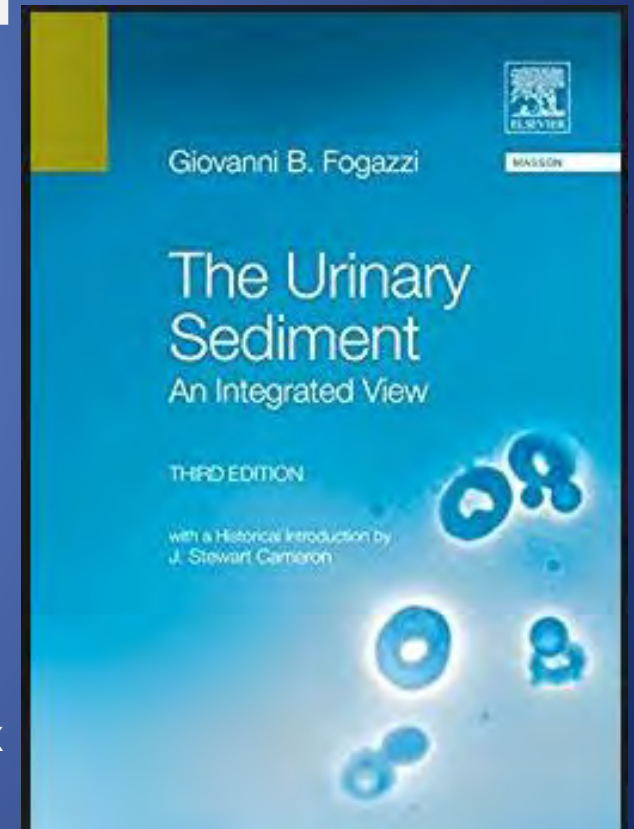


Hématurie microscopique

Dre Anne-Hélène Reboux
Médecin adjointe

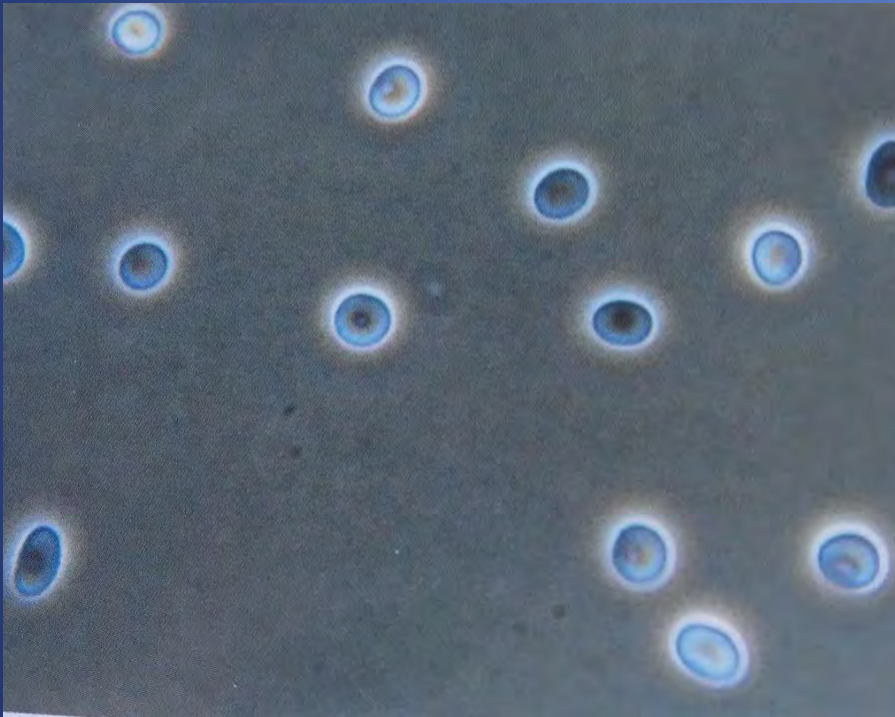
Service de néphrologie du Professeur Teta



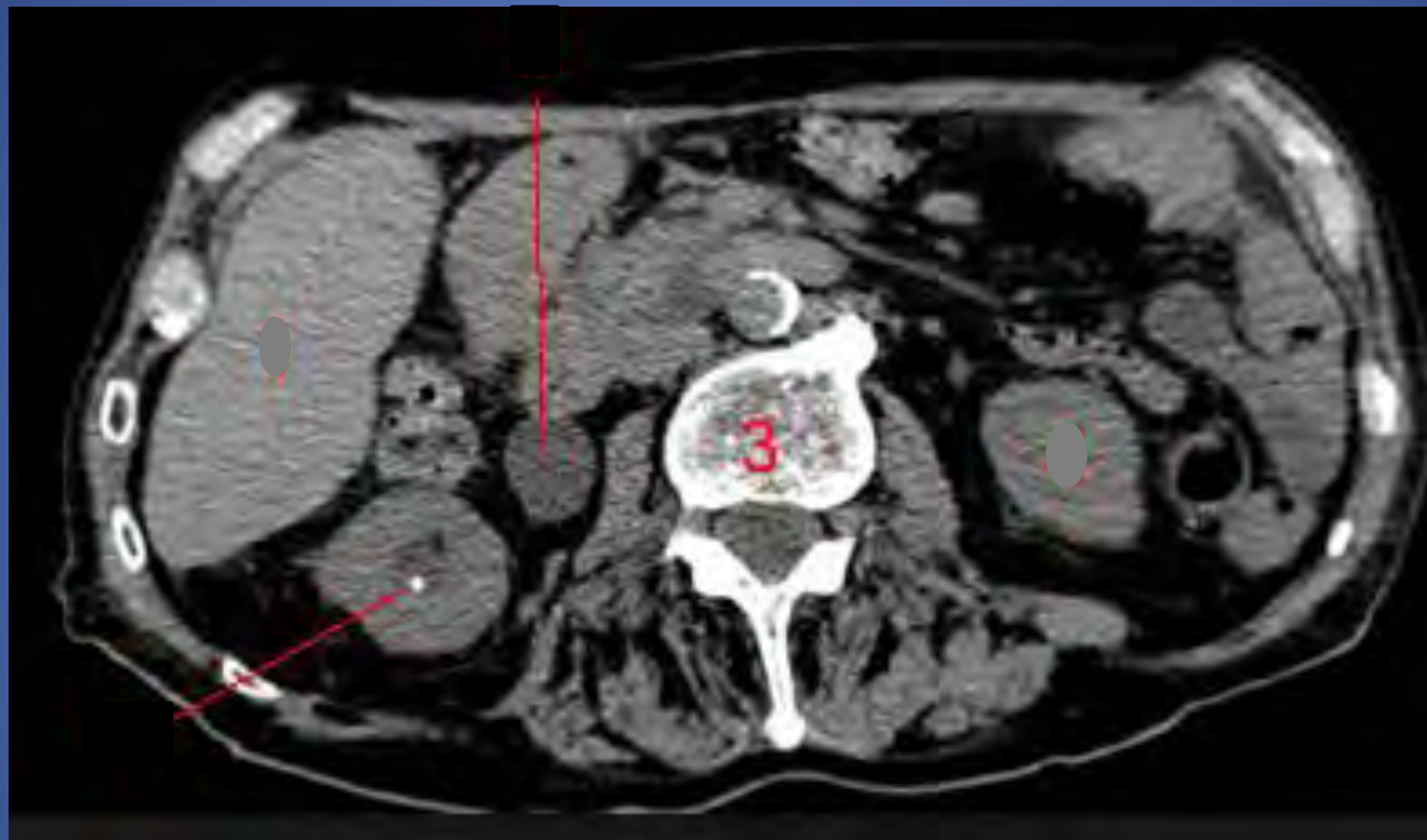
Cas n° 1

- Un patient de 19 ans est adressé pour une hématurie microscopique.
 - Pas d'antécédent particulier
 - Non sportif
 - A présenté 1 épisode d'hématurie macroscopique il y a un mois. Pas de caillot.
 - Pas de notion de fièvre ou d'infection
 - Gène lombaire droite depuis 1 mois
 - Cliniquement : PA 120/60 mmHg, douleur lombaire minime à l'ébranlement fosse lombaire droite.
 - Biologie : Fonction rénale normale, pas de syndrome inflammatoire, pas de protéinurie.
 - Echographie rénale : Reins de taille normale, pas de dilatation pyélocalicielle, pas de calcul visible.

Sédiment urinaire



Érythrocytes isomorphes :
problème urologique jusqu'à preuve du contraire



Le scanner confirme la présence d'un calcul du rein droit

Cas n° 2

- Une jeune femme de 30 ans est adressée pour une hématurie microscopique isolée persistante depuis plusieurs années
 - Pas d'antécédent particulier personnel ou familial
 - Pas de surdité
 - Pas d'antécédent d'hématurie macroscopique
 - Non fumeuse
 - PA 120/75 mmHg, pas d'œdème
 - Créatininémie 65 $\mu\text{mol/L}$
 - Protéinurie et albuminurie non significatives

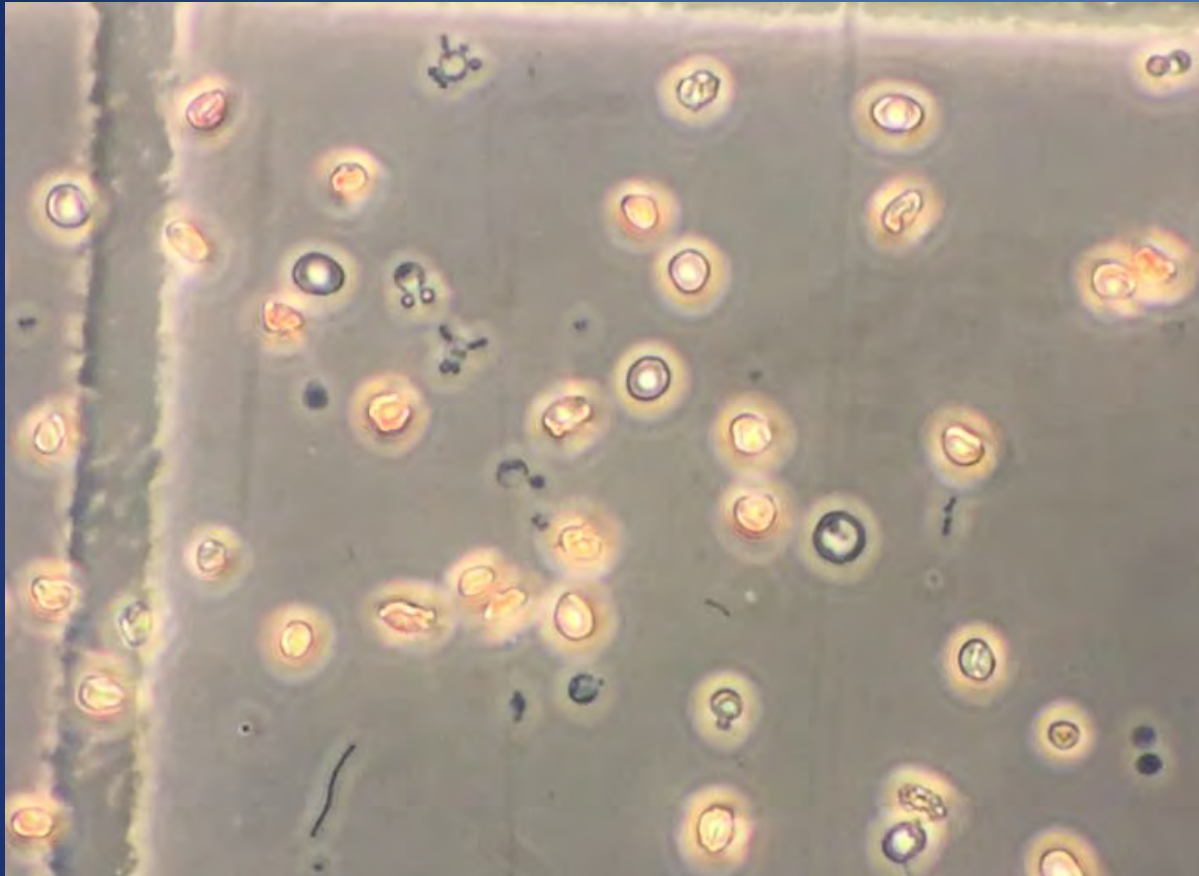


Photo moi



Photo Giovanni B. Fogazzi

Érythrocytes dysmorphiques et acanthocytes

- Dans ce cas : Atteinte glomérulaire
- Pas d'intérêt de faire des explorations urologiques (cystoscopie, scanner injecté, etc)
- Surveillance annuelle :
 - PA
 - Créatininémie
 - Protéinurie/créatininurie, sédiment urinaire

Cas n° 3

- Un patient de 70 ans est hospitalisé dans un contexte d'AEG (asthénie, anorexie, perte de poids).
- Le bilan initiale montre
 - une IRA sur IRC (créatininémie : $105 > 280 \mu\text{mol/l}$),
 - une anémie à (Hb 88 g/L).
 - Protéinurie 1,4 g/24h, Albuminurie 95 mg/24h (68%)
 - Hématurie 1+

ANCA + (méthode enzymatique) > Suspicion de vascularite, transfert dans le service de néphrologie

- Hématurie isomorphe :
 - Pas d'atteinte rénale d'une potentielle vascularite à ANCA.

En fait :

patient diabétique type II
vascularite à ANCA non confirmée (2^e test négatif : IF)
Anémie d'origine multifactorielle
biopsie rénale (sans urgence) : néphropathie diabétique
IRA sur chronique dans un contexte de décompensation cardiaque mal expliquée,
FEVG 30%

Hématurie microscopique
comment faire le diagnostic ?
comment l'interpréter ?

- On retrouve fréquemment des érythrocytes dans les urines (notamment contaminants venant des sécrétions génitales chez la femme, patients sondés...)
- Conditions du prélèvement :
 - Horaire idéal du prélèvement : 2^e urines du matin (acides et concentrées)
 - Éviter une diurèse exagérée (urines diluées, lyse des cellules)
 - Nettoyage des mains et des OGE (compresse + eau)
 - Prélèvement en milieu de jet

- **Corrélation bandelette urinaire/sédiment urinaire a son importance :**
 - Si positif à la bandelette urinaire mais négatif à la lecture du sédiment :
 - Possible lyse cellulaire (surtout si densité urinaire < 1010 ou pH alcalin)
 - Teneur en hémoglobine faible (cellules fantômes)
 - Si négatif à la bandelette urinaire mais positif à la lecture du sédiment :
 - Ingestion de Vitamine C
- **Résultats :**

	Normal	Minime (+)	Modérée (++)	Sévère (+++)	Très sévère (++++)
Erythrocytes	< 1/champ	1-10/champ	11-30/champ	31-50/champ	> 50/champ

- *Une fois le diagnostic d'hématurie microscopique confirmé (éliminer les fausses hématuries), il faut distinguer une hématurie d'origine urologique d'une hématurie d'origine néphrologique.*

Fausse hématurie : saignement d'origine génitale, uréthrorragie, myoglobulinurie, hémolyse, rifampicine, betterave, rhubarbe

Causes de l'hématurie, orientation clinique

D'origine néphrologique

- Sans caillot
- Totale
- Signes associés
 - HTA
 - Œdèmes
 - Protéinurie,
 - Insuffisance rénale

ou urologique

- Avec caillots
- Épreuve des 3 verres
 - Initiale : cervico-prostatique
 - Terminale : vésicale
 - Totale : rénale (toute hématurie abondante est totale)
- Signes associés
 - Douleur
 - Brûlures mictionnelles
 - Dysurie

- Distinction ***microscopique*** d'une hématurie d'origine uro/néphro :
 - Erythrocytes isomorphes/dysmorphiques
- Définition d'une hématurie d'origine glomérulaire
 - Dépend des centres.
 - La définition que nous suivons dans notre centre* :
 - > 40% d'érythrocytes dysmorphiques et/ou
 - > 5% d'acantocytes et/ou
 - > 1 cylindre érythrocytaire/ 50 champs à faible grossissement (x10)
 - il est intéressant de contrôler le sédiment à 3 reprises sur quelques semaines pour confirmer une hématurie d'origine glomérulaire.

*définition reprise de Giovanni B. Fogazzi

- Lorsque l'on constate une hématurie microscopique,
 - L'existence d'une protéinurie associée est évocatrice d'une hématurie d'origine néphrologique.
 - Plus l'hématurie microscopique est importante, plus elle est évocatrice de lésions prolifératives (possible urgence néphrologique)
- Diagnostic d'hématurie microscopique d'origine glomérulaire
 - Basalopathie (Syndrome d'Alport etc)
 - Néphropathie à IgA

conclusions

- Penser à rechercher une hématurie microscopique
- Confrontation bandelette urinaire/sédiment utile
- Confirmer l'hématurie microscopique sur plusieurs prélèvements
- Distinguer une hématurie d'origine néphrologique/urologique
 - Érythrocytes iso/dysmorphiques/acantocytes/cylindres érythrocytaires
- Si hématurie glomérulaire (dysmorphique)
 - Rechercher des signes associés :
 - Protéinurie/IRA/HTA
 - Évaluer l'importance de l'hématurie (lésions prolifératives ? Biopsie rénale en urgence ?)
 - Si isolée : surveillance annuelle
- Si hématurie urologique (isomorphe)
 - Explorations urologiques