

Canadian **U**rological Association
The Voice of Urology in *Canada*



Association des **U**rologues du Canada
La voix de l'urologie au *Canada*

Prise en charge de l'hématurie microscopique

Alan So, M.D., FRCSC

Chercheur principal

Vancouver Prostate Centre

Professeur adjoint

Département des sciences urologiques

Université de la Colombie-Britannique

Liens avec des commanditaires :

- Conseils consultatifs : AbbVie, TerSera, Ferring, Merck, Janssen, Amgen, Bayer



Divulgation du soutien financier

Ce programme a reçu le soutien financier d'Astellas sous la forme de subvention à l'éducation.

Possibilité de conflits d'intérêts :

- Les membres du Comité de planification scientifique (Alan Bell, Peter Lin et Arthur Kushner) ont reçu des honoraires de l'Association des urologues du Canada
- Alan So a reçu des honoraires de l'Association des urologues du Canada
- Astellas met au point/vend sous licence/distribue/bénéficie de la vente, etc., d'un produit qui sera discuté dans ce programme



Atténuation des biais potentiels

Le Comité de planification scientifique responsable de ce programme exerce un contrôle total sur son contenu.

Les commanditaires n'ont exercé aucune influence sur le contenu.



Divulgations

- Conseils consultatifs : AbbVie, TerSera, Ferring, Merck, Janssen, Amgen, Bayer

Objectifs d'apprentissage

À l'issue de ce programme, les participant·e·s seront en mesure de :

- 1. Définir l'hématurie
- 2. Décrire les diagnostics différentiels de l'hématurie
- 3. Reconnaître les examens et stratégies appropriées de prise en charge de l'hématurie
- 4. Déterminer quand diriger un·e patient·e atteint·e d'hématurie vers un·e urologue



Définition

- L'hématurie microscopique est définie comme la présence de 3 globules rouges ou plus (≥ 3 GR) par champ à fort grossissement (CFG) lors d'un examen des urines au microscope
- Un résultat positif au test par bandelette peut indiquer une hémoglobinurie, une hématurie ou les deux, et doit être confirmé par un examen des urines au microscope
- L'hématurie est souvent classée en hématurie visible ou non visible (macroscopique ou microscopique) et en hématurie symptomatique ou asymptomatique



Facteurs de risque de cancer de la vessie

- Les antécédents de tabagisme constituent le plus important facteur de risque
- Autres facteurs de risque :
 - Exposition professionnelle à des produits chimiques ou à des colorants (p. ex. benzènes ou amines aromatiques)
 - Exposition à certains médicaments (phénacétine, cyclophosphamide)
 - Exposition du pelvis au rayonnement
 - Professions particulièrement à risque : travailleur·euse·s du tabac, travailleur·euse·s du secteur de la teinture et du textile, ramoneur·euse·s, travailleur·euse·s du secteur du caoutchouc, serveur·euse·s, métallurgistes, pompier·ère·s, peintres, imprimeur·euse·s, marins

Évaluer symptômes et facteurs de risque par une bonne anamnèse

- 1. Localiser les signes et symptômes :
 - Douleur au flanc/à l'abdomen évoquant des coliques
 - Symptômes du bas appareil urinaire, tels que :
 - dysurie évoquant une IVU
 - pollakiurie évoquant un carcinome *in situ*
- 2. Symptômes généralisés
 - Signes d'infection : fièvre, frissons, dorsalgie
 - Signes de coagulopathie : épistaxis, etc.
- 3. Évaluer les facteurs de risque :
 - Antécédents de tabagisme
 - Antécédents professionnels
 - Antécédents médicaux (exposition à des chimiothérapies, au rayonnement)

Écarter les autres causes non urologiques

- 1. Écarter toute infection (leucocytes, nitrates, culture d'urine positive)
- 2. Vérifier la présence d'une hémoglobinurie isolée (test d'urine positif mais analyse négative au microscope) qui peut pointer vers des problèmes hématologiques tels que l'hémoglobinurie paroxystique nocturne, qui peut nécessiter une orientation rapide en hématologie

Exclure les entités non urologiques

- 3. Évaluer les causes rénales (GR dysmorphiques, protéinurie, cylindres hématiques, insuffisance rénale ou tout soupçon de maladie parenchymateuse rénale) qui peuvent justifier un bilan néphrologique
- 4. Les clinicien·ne·s doivent procéder aux mêmes examens chez les patient·e·s atteint·e·s de microhématurie qui prennent des AOD ou d'**autres** anticoagulants (quel que soit le type ou le niveau de traitement) et chez les patient·e·s qui ne prennent pas ces agents. Ne pas présumer que l'hématurie est due à l'anticoagulation.

Évaluation initiale

- 1. Évaluation au microscope pour confirmer un résultat positif au test par bandelette
 - Confirmer la présence de GR (3 ou plus/CFG)
 - Évaluer la présence d'une hémoglobinurie isolée qui pourrait nécessiter une consultation en hématologie
- 2. La cytologie urinaire et les marqueurs urinaires sont des tests de dépistage peu utiles dans ces cas et ne sont **pas recommandés** dans le cadre du bilan initial
- 3. Mesurer la créatinine sérique, le rapport albumine/créatinine (RAC) urinaire et la tension artérielle
 - Protéinurie, GR dysmorphiques, cylindres, RAC anormal, DFG réduit, hypertension d'apparition récente évoquant une maladie du parenchyme rénal et nécessitant une orientation en néphrologie



Indications pour l'orientation en urologie

- UN SEUL épisode d'hématurie **visible** (quel que soit l'âge)
- UN SEUL épisode d'hématurie **symptomatique** non associée à une infection
- UN SEUL épisode d'hématurie microscopique isolée (3 GR ou plus/CFG) à un **âge \geq 40 ans**
- Hématurie microscopique et âge < 40 ans ET facteurs de risque élevés perçus, notamment :
 - Tabagisme actuel ou passé
 - Antécédents d'irradiation pelvienne
 - Exposition au cyclophosphamide ou à d'autres agents alkylants cancérogènes
 - Exposition à des risques professionnels tels que les colorants, les benzènes et les amines aromatiques



Évaluation urologique

- Examen du bas appareil par cystoscopie
- Les données permettant de recommander fortement une modalité particulière sont limitées
 - A. L'échographie, la TDM, l'IRM et la pyélographie rétrograde sont acceptables
 - B. En tenant compte de l'innocuité (rayonnement ionisant et exposition à un agent de contraste par voie i.v.), de la disponibilité et du coût, il est recommandé d'utiliser l'échographie comme examen d'imagerie de premier choix en présence de microhématurie asymptomatique
- En cas d'hématurie visible et/ou de facteurs de risque importants, l'uro-TDM ou l'uro-IRM sont plus appropriées pour évaluer les anomalies urothéliales des voies supérieures



- Dans de nombreux cas, on ne trouvera aucune cause précise expliquant l'hématurie microscopique.
- Lorsqu'aucune cause précise n'est trouvée pour l'hématurie microscopique persistante, le/la patient·e doit être suivi·e annuellement par :
 - Examen des urines au microscope
 - Créatinine/DFGe
 - Tension artérielle
 - Cytologie urinaire (uniquement chez les patient·e·s présentant des facteurs de risque de cancer urothélial)

Suivi

- Si les patient·e·s présentent une hématurie visible, de nouveaux symptômes urinaires, une hématurie microscopique d'intensité croissante, une protéinurie ou un déclin de la fonction rénale, il convient de procéder à de nouveaux examens
- Si, après un premier examen, le degré d'hématurie microscopique reste inchangé lors du suivi annuel, il convient d'envisager un nouvel examen dans un délai de 3 à 5 ans
- Si trois examens microscopiques annuels consécutifs des urines donnent un résultat négatif, on peut mettre fin aux examens de suivi



Canadian **U**rological Association
The Voice of Urology in *Canada*



Association des **U**rologues du Canada
La voix de l'urologie au *Canada*

Prise en charge de l'hématurie microscopique

Alan So, M.D., FRCSC

Chercheur principal

Vancouver Prostate Centre

Professeur adjoint

Département des sciences urologiques

Université de la Colombie-Britannique