La Fondation pour l'éducation médicale continue
Apprentissage basé sur la pratique pour les médecins de famille

Hématurie microscopique

Vol. 31 (9), août 2023

INTRODUCTION

L'hématurie microscopique, parfois un signe précoce de cancers urologiques, est une observation fréquente en soins primaires. Or chez la plupart des personnes présentant une hématurie microscopique, une tumeur maligne est absente et aucune cause n'est établie. La principale difficulté pour les cliniciens est de savoir comment prendre en charge une hématurie microscopique persistante après avoir écarté les affections courantes (p. ex., des infections). Il s'agit d'estimer le risque de cancer et de reconnaître les cas qui nécessitent des examens complémentaires, sans accroître inutilement l'anxiété et les désagréments des patients. Il faut parfois orienter certains patients chez un urologue, un néphrologue ou les deux. Lorsque l'analyse d'un cas d'hématurie microscopique donne des résultats négatifs, les cliniciens de soins primaires doivent également organiser le calendrier de suivi et de surveillance qui s'impose.

OBJECTIFS

Ce module permettra aux cliniciens :

- de prendre en charge les cas d'hématurie microscopique asymptomatiques ou découverts fortuitement et les cas symptomatiques par des méthodes de stratification du risque;
- d'utiliser une méthode fondée sur des données probantes pour la prise en charge et le suivi d'une hématurie microscopique persistante après un bilan négatif effectué par un médecin consultant;
- de savoir quand effectuer un test d'urine sur bandelette réactive au cabinet et une analyse d'urine/analyse microscopique de l'urine dans le cadre du suivi, et de prendre en compte les controverses entourant le dépistage de l'hématurie microscopique.

HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Tim, 51 ans

Tim est un patient de longue date qui ne vous consultait pas fréquemment jusqu'à récemment. Il travaille comme analyste commercial et, il y a quelques mois, son employeur a organisé une journée de « prévention médicale ». Sa tension artérielle s'est révélée élevée et, étant donné qu'il fume, l'infirmière sur place lui a recommandé d'effectuer un suivi avec vous. C'est ce qu'il a fait et, après quelques visites, vous lui avez diagnostiqué une hypertension.

Aujourd'hui, Tim vous consulte pour le suivi de son diagnostic. Lors d'une visite précédente, vous lui aviez prescrit des tests pour évaluer les causes secondaires de l'hypertension, ses affections associées et ses complications éventuelles.

Voici les résultats de ces examens : taux d'HbA1c de 6,2 %, taux de C-LDL de 3,4, taux de C-HDL de 0,9, taux de TG de 1,4, taux de cholestérol total de 4,9, taux de C-non-HDL de 2,4, taux de sodium de 140, taux de potassium de 4,0, taux de créatinine de 72, taux d'azote uréique du sang normal et TFGe calculé de 79. Son électrocardiogramme était normal.

L'analyse d'urine a fait état d'une hématurie (quantité modérée de sang); une analyse microscopique de l'urine a montré la présence de 6 globules rouges par champ à fort grossissement (6 GR/CFG) en l'absence de protéinurie, de cylindres hématiques et de globules rouges dysmorphiques.
Remarque : Dans certaines provinces, l'analyse microscopique de l'urine n'est pas effectuée systématiquement par le laboratoire lorsque l'analyse biochimique de l'urine révèle une hématurie.

Après avoir communiqué les résultats de l'analyse d'urine à Tim, il vous demande :
« Est-ce que c'est grave, Docteur? ».

Renseignements généraux 4 | Commentaires des histoires de cas 11 | Collaborateurs et déclarations 14 | Références bibliographiques 15 | Annexes 18

Quels autres renseignements seraient utiles aux fins de votre évaluation clinique de son hématurie?

Que répondriez-vous à l'inquiétude de Tim concernant les résultats de son analyse d'urine?

Deuxième partie

Tim se sent bien dans l'ensemble et ne se plaint d'aucun symptôme possiblement lié à l'hématurie microscopique, par exemple, une hématurie macroscopique, une douleur abdominale ou du flanc, des symptômes urinaires évoquant une infection urinaire ou tout autre symptôme urinaire. Il n'a jamais été hospitalisé auparavant.

Il prend du périndopril à 4 mg par jour, il ne prend aucun autre médicament (y compris ceux en vente libre) et n'est allergique à aucun médicament. Il n'a pas d'antécédents d'hématurie microscopique ou macroscopique, d'infections urinaires ou de calculs rénaux.

Par ailleurs, il n'a aucun des antécédents suivants :

- Cancer
- Exposition à des rayonnements
- Mésusage d'analgésiques
- Troubles cardiaques, pulmonaires, inflammatoires, infectieux (récents, d'origine virale) ou rénaux
- Traumatisme
- Interventions urologiques récentes (p. ex., cathétérisme)

Parmi ses antécédents familiaux, sa grand-mère maternelle a été victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) à l'âge de 72 ans. Sa mère fait de l'hypertension; son père et son frère (60 ans) sont tous deux atteints de diabète de type 2. Elle n'a pas d'antécédents familiaux de cancer.

Tim vit seul actuellement, et n'a pas eu de relations sexuelles depuis sa rupture, après avoir été en couple pendant longtemps. Il n'a pas voyagé à l'étranger au cours des trois dernières années. Il essaie de marcher chaque jour pendant 20 à 30 minutes, en plus de ses activités habituelles. Il n'a pas pratiqué d'activité physique intense récemment.

Les fins de semaine, il consomme jusqu'à 2 à 4 boissons alcoolisées. Tim fume un paquet de cigarettes par jour depuis 30 ans et consomme du cannabis à l'occasion.

L'IMC de Tim est de 28, sa tension artérielle mesurée à l'aide d'un appareil automatisé est en moyenne de 138/80 après 5 mesures; sa fréquence cardiaque est de 78. L'examen physique est par ailleurs sans particularité (examen cardiaque, respiratoire et pouls périphérique). Son score à l'indice du risque lié à l'hématurie est de 6 (intermédiaire).

Comment procéderiez-vous pour les examens et la prise en charge?

Troisième partie

Tim revient pour un suivi périodique de son hypertension. Dans l'intervalle, il a subi une cystoscopie et une échographie rénale, dont les résultats étaient normaux. Il surveille sa tension à domicile à l'aide du Journal personnel de la pression artérielle d'Hypertension Canada, lequel montre que toutes les mesures sont inférieures à 135/85. Il ne présente aucun nouveau symptôme physique. Tim n'a pas arrêté de fumer. Aujourd'hui, sa tension artérielle est de 139/86. Son examen physique ne révèle rien de nouveau.

Comment organisez-vous la prise en charge actuelle et le suivi de Tim?

Cas numéro 2 : Diane, 70 ans

Diane est une patiente qui vous consulte régulièrement. Elle est atteinte de diabète de type 2 depuis 5 ans. Elle présente également une fibrillation auriculaire, de l'hyperlipidémie et de l'hypertension. Elle a subi une hystérectomie à la suite de saignements utérins anormaux à l'âge de 48 ans; elle ne présente pas d'autres antécédents médicaux notables. Elle est mariée, a deux enfants adultes et est enseignante à la retraite.

Sa tension a toujours été bien maîtrisée et son taux d'HbA1c est généralement compris entre 6,5 et 7,2 %. Voici les médicaments qu'elle prend : metformine à 1000 mg 2 f.p.j., candésartan à 16 mg 1 f.p.j., bisoprolol à 2,5 mg 1 f.p.j., rosuvastatine à 20 mg 1 f.p.j. et apixaban à 5 mg 2 f.p.j. Les doses de ses médicaments sont stables depuis plusieurs années. Depuis les sept dernières années, elle utilise une crème topique d'œstrogènes conjugués (Premarin) à 0,5 g 2 fois par semaine pour traiter la sécheresse vaginale, laquelle s'est avérée efficace.

Il y a trois semaines, elle a parlé au médecin de garde pendant la fin de semaine à cause d'une infection urinaire/cystite aiguë, suivant les protocoles de triage téléphonique pour le traitement des infections urinaires non compliquées.

Elle a appelé le cabinet il y a une semaine et a parlé à l'infirmière de la clinique. Bien que certains symptômes se soient atténués après le traitement, elle présente toujours des symptômes urinaires tels que des envies soudaines d'uriner. Elle a préféré attendre son rendez-vous de suivi aujourd'hui pour en discuter avec vous; vous avez quand même ajouté une analyse biochimique et cytobactériologique de l'urine à son bilan sanguin avant cette visite.

En examinant son dossier, vous constatez qu'elle a contracté plusieurs infections urinaires au fil des années et que la plupart ont fait l'objet d'une consultation téléphonique, mais que certaines ont été corroborées par les rapports des cultures d'urine.

Diane vous consulte maintenant pour son suivi périodique prévu pour son diabète.

Quelle serait votre démarche à ce stade en ce qui concerne ses symptômes urinaires?

Deuxième partie

Vous souhaitez en apprendre plus sur ses symptômes urinaires persistants. Diane rapporte avoir de plus en plus de difficulté à retenir son urine. Cela se produit surtout lorsqu'elle ressent le besoin impérieux de vider sa vessie et qu'elle doit se précipiter à la salle de bain. C'est très gênant lorsqu'elle fait de longues promenades avec ses amies, car il n'est pas toujours facile de trouver des toilettes à proximité. Elle redoute beaucoup que cela se reproduise à nouveau. Diane n'a pas vu de sang dans ses urines et n'a pas ressenti de brûlures pendant la miction, de fièvre, de douleurs abdominales ou dorsales, de changement pondéral, de démangeaisons vaginales, d'éruption vulvaire ou de saignements vaginaux.

Elle a présenté des symptômes ménopausiques au début de la cinquantaine, lesquels ont disparu lorsqu'elle avait 53 ans, et elle n'a pas eu de relations sexuelles au cours des dix dernières années. Diane essaie de marcher 15 minutes par jour et boit une tasse de café chaque matin. Elle a des antécédents de tabagisme de 35 paquets-années; elle a arrêté de fumer il y a 8 ans. Elle boit habituellement un verre de vin de 6 onces par jour. Outre ses symptômes urinaires, elle ne rapporte pas d'autres symptômes possiblement liés à une neuropathie autonome (tels que des étourdissements, des sueurs ou des troubles gastro-intestinaux).

Sa tension artérielle en cabinet est de 135/80; sa fréquence cardiaque est de 68. L'examen pelvien révèle une légère atrophie vaginale et l'absence de prolapsus manifeste. Le reste de son examen physique est normal.

L'année dernière, son taux de créatinine sérique était de 95; son TFGe était de 66 et son rapport albumine-créatinine (RAC) urinaire de 1,5.

Voici les résultats des analyses de laboratoire effectuées juste avant cette visite :

- HbA1c : 6,9 %
- Cholestérol total : 4,2; C-LDL : 1,88; C-HDL : 1,02; C-non-HDL : 2,4; TG : 0,85
- Sodium : 137; potassium : 4,2; créatinine : 112; TFGe : 46; RAC : 3,6
- L'analyse biochimique de l'urine a révélé une protéinurie de 1,0 g/L et une hématurie modérée.
- Analyse microscopique de l'urine : 25 GR/CFG (1+). Remarque : Dans certaines provinces, une analyse microscopique distincte de l'urine doit être prescrite lorsque l'analyse biochimique de l'urine révèle une hématurie.
- La culture d'urine est négative.

Quelles seraient les prochaines étapes de vos examens et de votre prise en charge de son hématurie microscopique?

Cas numéro 3 : Rifat, 37 ans

Vous avez quelques résidents à votre cabinet qui s'exercent à recueillir une anamnèse, à développer leurs compétences en matière d'examen physique et d'élaboration de plans de prise en charge initiale.

Rifat vous consulte à cause d'une dysurie, d'une pollakiurie et d'une impériosité mictionnelle depuis 24 heures. Elle ne rapporte pas de sang visible dans l'urine et indique que ses menstruations sont régulières. Elle ne rapporte pas non plus de saignements vaginaux anormaux, de tachetures ou de pertes, d'irritation ou d'éruption vulvaire, de fièvre, de nausées, de vomissements ou de douleur du flanc. Elle a contracté une infection de la vessie il y a quelques années; ses symptômes sont similaires.

Vos étudiants ont récemment appris à effectuer des tests d'urine sur bandelette réactive; ils ont constaté que le test de Rifat révèle la présence de sang, de nitrites et de leucocytes.

Ils vous demandent s'il est habituel d'effectuer ce type de test chez tous les patients qui consultent à cause de symptômes évocateurs d'une infection urinaire, ou si ce test ne doit être effectué que chez certains patients. Faut-il effectuer une analyse d'urine de dépistage de l'hématurie microscopique chez tous les patients, qu'ils présentent ou non des symptômes? Quelle serait votre démarche pour l'analyse d'urine usuelle si Rifat

était enceinte? Les étudiants demandent également quelles sont les étapes suivantes pour le dépistage du sang à l'aide d'un test d'urine sur bandelette réactive en l'absence d'antécédents de menstruations ou d'hématurie macroscopique chez une patiente présentant un faible risque.

Que leur répondriez-vous?

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. L'hématurie microscopique désigne la présence de sang non visible à l'œil nu dans un échantillon d'urine. Dans les lignes directrices, l'hématurie microscopique est définie par la présence de ≥ 3 globules rouges par champ à fort grossissement (CFG) d'après un examen au microscope[1,2]. L'hématurie microscopique est souvent découverte fortuitement; sa prévalence peut varier. Dans le cadre des programmes de dépistage du cancer de la vessie chez des volontaires en bonne santé, la prévalence de l'hématurie microscopique se situait entre 2,5 et 21 %[3].

2. L'hématurie microscopique peut être causée par :
   - des cancers urologiques chez 3 à 5 % des patients présentant une hématurie microscopique[2,4-6]. Les cancers urologiques qui causent le plus souvent une hématurie microscopique sont ceux qui touchent le système collecteur rénal, l'uretère, la vessie et l'urètre prostatique[1].
     Remarque : L'hématurie microscopique seule est rarement associée au cancer de la prostate. L'hématurie microscopique peut être associée au cancer de la prostate si l'hypertrophie prostatique entraîne une infection urinaire, ou plus fréquemment pendant une radiothérapie[7,8].
   - une atteinte parenchymateuse rénale;
   - des facteurs passagers à écarter (p. ex., infection, traumatisme, exploration instrumentale ou activité physique extrême)[9];
   - une fausse hématurie microscopique, possiblement causée par des menstruations et une maladie gynécologique.

3. Le cancer de la vessie est le cancer urologique le plus fréquent. Dans un rapport canadien sur les diagnostics de cancer posés au cours des 25 dernières années, les cancers de la vessie représentaient 4,6 % de l'ensemble des cancers diagnostiqués[10]. Environ 90 à 95 % des cancers de la vessie sont des cancers urothéliaux (également connus sous le nom de carcinomes transitionnels), qui prennent naissance dans la paroi de la vessie[11].

4. Chez de nombreux patients, il arrive que le bilan diagnostique ne permette pas d'en élucider la cause. Dans le cadre d'une étude prospective menée auprès de patients ayant passé des examens après avoir présenté une hématurie microscopique (n = 982), aucun diagnostic n'a été posé dans 68 % des cas. Voici les diagnostics posés chez ces patients[5] :
   - Infection urinaire (13 %), maladie néphrologique (9,4 %), cancer de la vessie (4,8 %), calculs (4,0 %), carcinome rénal (0,3 %), cancer de la prostate (0,2 %) et cancer urothélial des voies urinaires supérieures (0,1 %)
   - Parmi les patients chez qui un cancer de la vessie a été diagnostiqué, 21 % présentaient une hématurie microscopique et 79 % une hématurie macroscopique.

Facteurs de risque du cancer de la vessie

5. Plusieurs facteurs de risque de cancer de la vessie concernant les personnes présentant une hématurie microscopique sont mentionnés dans les lignes directrices; en voici les principaux[1,2] :
   - Âge > 40 ans
   - Appartenance au sexe masculin
   - Antécédents de tabagisme

6. *Âge :* L'âge avancé est associé à un risque accru de cancer. Lors d'une étude prospective menée auprès de 982 cas d'hématurie microscopique, les pourcentages de patients ayant reçu un diagnostic de cancer du rein, de la vessie ou des voies urothéliales supérieures, selon les groupes d'âge avancés, étaient les suivants[5] :
   - Âge de 50 ans : 1,9 % (hommes et femmes)
   - Âge de 60 ans : 4,5 % (femmes) et 7,9 % (hommes)
   - Âge de 70 ans : 4,5 % (femmes) et 17 % (hommes)
   - Âge ≥ 80 ans : 16 % (femmes) et ≥ 21 % (hommes)

7. *Sexe :* Le risque de cancer de la vessie est 3 à 4 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. En 2018, au Canada (sans compter le Québec), l'incidence par tranche de 100 000 habitants était de 41,3 parmi les hommes et de 12,6 parmi les femmes[12]. Toutefois, les femmes reçoivent généralement leur diagnostic à un stade plus avancé de la maladie, et leur taux de mortalité liée à ce cancer est plus élevé[13,14]. Certaines données probantes semblent indiquer que les femmes seraient plus susceptibles de subir des retards dans l'évaluation de leur hématurie et de recevoir plus fréquemment des traitements d'infections urinaires durant leur évaluation vésicale[15].

8. *Le tabagisme* est un facteur de risque important de cancer de la vessie. D'après une revue systématique de méta-analyses, le risque de cancer de la vessie

est au moins trois fois plus élevé chez les fumeurs et environ deux fois plus élevé chez les anciens fumeurs[16]. Ces estimations proviennent de deux méta-analyses de 90 études cas-témoins. Un lien dose-réponse a été rapporté. Dans 50 % des cas de cancer de la vessie, le tabagisme en serait la cause[17,18]. Les données probantes ne permettent pas d'établir de lien entre le cannabis et le cancer urothélial[19].

9. Dans ses lignes directrices, l'American Urological Association (AUA) propose d'autres facteurs susceptibles d'accroître le risque de cancer de la vessie :
   - Le degré d'hématurie microscopique
   - La persistance de l'hématurie microscopique
   - Les antécédents d'hématurie macroscopique (présente chez près de 80 % des patients atteints d'un cancer de la vessie)[20]
   - Les symptômes irritatifs du bas appareil urinaire
   - L'inflammation chronique du bas appareil urinaire
   - Les antécédents de chimiothérapie à base de cyclophosphamide/d'ifosfamide
   - L'exposition professionnelle aux benzènes ou aux amines aromatiques (p. ex., caoutchouc, produits pétrochimiques, colorants)
   - Les antécédents de radiothérapie pelvienne : risque relatif (RR) de 6,80 (IC à 95 % : 1,96-23,63) [preuves de très faible qualité][21]
   - Les antécédents familiaux de cancer urologique
   - Les antécédents familiaux de syndrome de Lynch (également appelé cancer colorectal héréditaire sans polypose) : risque élevé de cancers de la vessie et du rein[22]
   - Schistosomiase : infection rare en Amérique du Nord mais endémique au Moyen-Orient et en Afrique[1,23,24]. D'après les lignes directrices canadiennes, il est conseillé de faire passer aux nouveaux immigrants et aux réfugiés un test de dépistage de l'infection à *Schistosoma*[25].

ANALYSES D'URINE

10. Il existe deux façons principales d'analyser l'urine dans le cadre d'un bilan de l'hématurie microscopique (tableau 1) :
    - L'analyse macroscopique de l'urine : réalisée à l'aide d'une bandelette réactive en cabinet ou par une analyse biochimique quantitative en laboratoire
    - L'analyse microscopique de l'urine : nécessite des analyses en laboratoire

Encadré 1. Point de pratique : Prélèvement d'échantillons

Les échantillons d'urine destinés à l'analyse microscopique doivent idéalement être analysés dans les 2 à 3 heures suivant leur prélèvement, car les globules rouges peuvent se dégrader (entraînant un nombre inférieur de cellules) s'ils sont laissés à la température ambiante pendant plus d'une heure ou au réfrigérateur pendant plus de 4 heures. Les échantillons doivent idéalement être prélevés au laboratoire d'analyse.

ÉVALUATION

11. Les examens consécutifs à une hématurie microscopique sont souvent réalisés après la découverte de sang par un test sur bandelette réactive en cabinet ou après une analyse d'urine en laboratoire. Le tableau 2 présente quelques scénarios cliniques dans le cadre desquels une analyse d'urine peut être effectuée.

12. L'utilisation systématique de bandelettes réactives/d'analyses d'urine n'est **pas** recommandée dans les cas suivants[30] :
    - Femmes présentant des symptômes évidents de cystite aiguë, car la prise en charge ne change pas selon le résultat du test sur bandelette réactive. Le test sur bandelette réactive n'est pas suffisamment sensible pour écarter une infection urinaire chez ces patientes dont la probabilité d'une telle infection est élevée avant le test[32] et chez qui, par conséquent, l'infection urinaire est un diagnostic clinique.
    - Rechercher une bactériurie asymptomatique chez les personnes en bonne santé, y compris les personnes âgées et les patients diabétiques. Pour les femmes enceintes, voir le tableau 2.
    - Rechercher une bactériurie asymptomatique chez les personnes âgées présentant des troubles cognitifs et fonctionnels, qui consultent à la suite d'un délire/nouvel épisode de confusion ou des chutes. Évaluer d'abord d'autres problèmes (p. ex., nouveaux médicaments, interactions médicamenteuses, hypoxie, hypoglycémie, traumatisme) avant de soupçonner une infection urinaire.
    - Chaque visite prénatale chez les femmes normotendues à faible risque : L'analyse d'urine n'est pas fiable pour mesurer les taux d'albumine. Pour le dépistage de l'hypertension gestationnelle, mesurer périodiquement la tension artérielle. Voir le module du programme d'apprentissage en PABP intitulé « Soins prénataux en début de grossesse » (février 2022) disponible au members.fmpe.org.

Tableau 1. Analyses d'urine pour le bilan de l'hématurie microscopique[26-28]

Test	Paramètres	Interprétation des tests de dépistage de l'hématurie microscopique	Recueil et conservation
Analyse macroscopique de l'urine			
Test d'urine sur bandelette réactive	Gravité spécifique, pH, leucocytes, sang/hémoglobine, nitrites, cétones, bilirubine, urobilinogène, protéines, glucose	Qualitative, inspection visuelle. Ne permet pas d'établir la présence d'une hématurie microscopique; son résultat doit être confirmé par une analyse microscopique[29].	Une conservation inadéquate de l'échantillon peut donner un résultat positif au dépistage des nitrites.
Analyse biochimique (usuelle) de l'urine	Aspect, couleur, gravité spécifique, pH, protéines, glucose, cétones, globules rouges, nitrites, leucocytes	Résultat rapporté : • Négatif • Trace • 25 GR/uL (ou 1+) • 80 GR/uL (ou 2+) • 200 GR/uL (ou 3+) Ne permet pas d'établir la présence d'une hématurie microscopique; son résultat doit être confirmé par une analyse microscopique[29].	Prélèvement d'urine propre à mi-jet. Les lignes directrices américaines recommandent de ne **pas** analyser[2] : • la première miction du matin; • un échantillon recueilli juste après une activité physique vigoureuse ou des relations sexuelles.
Analyse microscopique de l'urine			
Microscopie de l'urine	Détection de cylindres, de globules rouges, de globules blancs, de cristaux et de micro-organismes	Résultat exprimé en nombre de GR/CFG ≥ 3 GR/CFG = hématurie microscopique	Prélèvement d'urine propre à mi-jet. Les lignes directrices américaines recommandent de ne **pas** analyser[2] : • la première miction du matin; • un échantillon recueilli juste après une activité physique vigoureuse ou des relations sexuelles.

Tableau 2. Exemples de raisons justifiant une analyse d'urine[2,30]

Patients	Indications des analyses d'urine
Grossesse	• Chez les femmes en début de grossesse, dépister et traiter une fois la bactériurie asymptomatique (culture d'urine)[31].
Infections urinaires soupçonnées	• Effectuer l'analyse d'urine sur bandelette réactive dans les cas suivants : ◦ Hommes ◦ Femmes présentant des symptômes atypiques ou peu clairs d'infection urinaire (rechercher également les infections transmissibles sexuellement) ◦ Des symptômes qui réapparaissent ou ne disparaissent pas dans les 4 semaines suivant le traitement (effectuer également une culture). ◦ Infection urinaire compliquée (c.-à-d. infection généralisée, sujet immunodéprimé) • Envisager une culture chez les personnes ayant contracté des infections multiples (c.-à-d. > 3 par an)
Néphrolithiase soupçonnée	• Test d'urine sur bandelette réactive/analyse d'urine usuelle, analyse microscopique; envisager une culture en cas de symptômes
Hypertension nouvellement diagnostiquée	• Analyse d'urine ou RAC pour évaluer la probabilité de complications rénales (protéinurie)
Surveillance du diabète	

Dépistage

13. Les données probantes sont insuffisantes pour recommander le dépistage de l'hématurie microscopique dans la population générale[33,34]. D'après une revue systématique de 2021 (17 études, n = 110 179), une très faible proportion de femmes présentant une hématurie microscopique auront un cancer urologique. Il faudrait faire passer un test de dépistage de l'hématurie microscopique à environ 859 femmes pour dépister une tumeur maligne[35].
    - Les données probantes à l'appui de la nécessité du dépistage dans les groupes exposés à un risque élevé sont mitigées. Certaines sont en faveur du dépistage chez les personnes exposées à des agents carcinogènes en milieu professionnel. Il n'existe toutefois aucun consensus quant à la meilleure méthode de dépistage; les données probantes ne sont pas suffisamment solides pour étayer une recommandation de dépistage ou de détection précoce[36].

Évaluation initiale de l'hématurie microscopique

14. Le résultat d'un test sur bandelette réactive ne suffit pas à lui seul pour diagnostiquer l'hématurie microscopique. Les bandelettes réactives ne permettent pas de distinguer les globules rouges de la myoglobine ou de l'hémoglobine; une analyse biochimique de l'urine doit être effectuée pour confirmer la présence de globules rouges[1]. Si des facteurs contributifs transitoires sont présents au moment du test, l'analyse biochimique de l'urine peut être refaite une fois que ces facteurs ont été pris en compte (le tableau 3 présente les facteurs transitoires parfois à l'origine d'une hématurie microscopique).

15. La présence de globules rouges révélée par une analyse d'urine usuelle doit être confirmée par microscopie avant de diagnostiquer une hématurie microscopique (tableau 1). Une seule analyse microscopique de l'urine (en l'absence d'autres facteurs contributifs) montrant la présence de ≥ 3 globules rouges est considérée comme suffisante pour poser un diagnostic d'hématurie microscopique et procéder à un bilan plus approfondi, car l'hématurie microscopique peut être très intermittente même en cas d'affection sous-jacente significative[1,2,37].
    - Si l'analyse biochimique révèle la présence de sang/globules rouges, les laboratoires de certaines provinces pourraient effectuer systématiquement une analyse microscopique (p. ex., en Colombie-Britannique, une case « microscopie si indiquée » figure sur les formulaires d'analyses de laboratoire). Dans d'autres provinces, une deuxième série de tests serait nécessaire (p. ex., en Ontario, une analyse microscopique de l'urine doit généralement être demandée après l'obtention des résultats de l'analyse biochimique de l'urine).
    - L'analyse microscopique peut être effectuée manuellement ou de manière automatisée, bien que l'automatisation soit de plus en plus courante. Les laboratoires de l'Ontario et de la Colombie-Britannique sont passés aux analyses microscopiques automatisées depuis 2021[28].

Encadré 2. Note clinique concernant l'instauration d'un bilan plus poussé

Les pratiques ne sont pas les mêmes partout au pays. Bien que, d'après les lignes directrices récentes, une seule analyse microscopique de l'urine positive (≥ 3 GR/CFG) soit un motif suffisant d'entamer une évaluation plus approfondie (p. ex., analyses de sang, imagerie, orientation chez un spécialiste), il n'y a pas de consensus clair parmi les experts quant à la nécessité de refaire l'analyse microscopique avant d'aller plus loin. Certains urologues exigent de refaire l'analyse sur un nouvel échantillon avant d'accepter des patients orientés par un autre médecin.

16. L'évaluation comprendrait l'anamnèse, l'examen physique et l'évaluation des risques de cancer génito-urinaire et gynécologique, de néphropathie iatrogène et la recherche de causes gynécologiques ou génito-urinaires non malignes[2]. L'évaluation peut contribuer à établir que la source du saignement est urinaire plutôt que gynécologique. Les explorations reposent sur l'anamnèse, les résultats de l'examen et le niveau de risque des patients. Le tableau 3 présente les éléments du diagnostic différentiel.
    - Le bilan de l'hématurie microscopique peut nécessiter plusieurs examens exploratoires, ce qui peut causer de l'anxiété et des désagréments aux patients. Il importe d'informer les patients du faible risque de cancer associé à l'hématurie microscopique et de la pertinence de ces examens pour écarter toute maladie sous-jacente. Le feuillet destiné aux patients ci-joint peut servir à éclairer la discussion à ce sujet.

17. L'anamnèse doit renseigner sur les aspects suivants[2,27] :
    - Âge et sexe
    - Symptômes urinaires : hématurie macroscopique, impériosité mictionnelle, pollakiurie, dysurie, faible volume urinaire, nycturie, douleur pendant la miction, gêne vésicale, sensation d'évacuation incomplète de la vessie
    - Douleur du flanc, antécédents de calculs rénaux
    - Antécédents de tabagisme
    - Antécédents médicaux : néphropathie,

Tableau 3. Diagnostic différentiel[2,27,38]

Atteinte urologique	Néphrolithiase, hyperplasie bénigne de la prostate, vessie neurogène, rétrécissement et diverticules de l'urètre, cystite radique, caroncule urétrale
Atteinte rénale	Maladie glomérulaire (p. ex., néphropathie à IgA – rechercher : hypertension, œdème, protéinurie), kystes rénaux
Atteinte gynécologique	Atrophie vaginale, prolapsus des organes pelviens, lichen scléreux
Infection	Infection urinaire, pyélonéphrite
Cancer	Les carcinomes urothéliaux ou rénaux sont les cancers les plus fréquents dans un diagnostic différentiel. On retrouve aussi le cancer de la prostate (en cas d'hypertrophie de la prostate, après une radiothérapie), le cancer colorectal (fistule) et les cancers gynécologiques (ce serait des cas de fausse hématurie microscopique).
Atteinte passagère	Provoquée par l'activité physique, un traumatisme, un cathétérisme récent ou des interventions urologiques, des rapports sexuels.

antécédents de dysmorphie des globules rouges ou de protéinurie
- Traumatisme
- Antécédents familiaux : cancers urologiques ou syndrome de Lynch
- Antécédents de voyage ou d'immigration (p. ex., risque de schistosomiase)
- Médicaments : sur ordonnance, en vente libre et plantes médicinales
- Traitements/interventions antérieurs : chimiothérapie (p. ex., cyclophosphamide, ifosfamide), radiothérapie ou manœuvre instrumentale
- Expositions environnementales ou professionnelles aux benzènes ou aux amines aromatiques (p. ex., caoutchouc, produits pétrochimiques, colorants)

18. L'examen physique comprend la mesure de la tension artérielle et un examen abdominal ou génito-urinaire/rectal, selon les indications cliniques. L'examen génital permet de rechercher une pathologie urétrale ou gynécologique[2,27]. Toute sensibilité de l'angle costo-vertébral ou du flanc durant l'examen abdominal peut indiquer des calculs rénaux[27].

19. Toute cause non maligne ou gynécologique établie pendant l'anamnèse et l'examen physique peut être traitée, et l'analyse d'urine peut être refaite. Bien que les femmes présentent un risque inférieur de cancer urothélial (Renseignements généraux, point 7), les lignes directrices américaines recommandent une analyse d'urine de suivi entre 3 semaines et 3 mois après la résolution d'une cause urologique ou gynécologique non maligne présumée [opinion d'experts][2]. Cette stratégie n'a pas été validée par une étude prospective.
    - La recommandation de refaire les analyses d'urine chez les femmes est fondée sur plusieurs motifs : les résultats d'analyses tardives; une maladie plus avancée au moment de la consultation; des traitements fréquents d'infections urinaires avant le diagnostic d'un cancer urologique chez les femmes (Renseignements généraux, point 7).
    - Il arrive que certains patients présentent des maladies qui ne se résolvent pas toujours rapidement (p. ex., hyperplasie bénigne de la prostate, atrophie vaginale). Dans ces situations, le jugement clinique joue un rôle important dans les prises de décisions, lesquelles doivent tenir compte des facteurs de risque, des préférences des patients et de leur tolérance au risque[2].

20. Les patients sous anticoagulothérapie doivent être soumis au même bilan que ceux qui ne suivent pas d'anticoagulothérapie. Une étude de cohorte portant sur 1930 patients (âge moyen de 58 ans, 62 % d'hommes) présentant une hématurie a révélé que le risque de cancer des patients sous anticoagulothérapie était comparable à celui des patients qui ne suivaient pas d'anticoagulothérapie[5].

Évaluation des risques

21. Parmi les personnes présentant une hématurie microscopique, le niveau de risque d'un patient sert à déterminer les examens à effectuer. Les lignes directrices diffèrent quant à certains aspects de l'évaluation des risques, notamment en ce qui a trait à l'âge auquel les patients doivent être orientés en urologie :
    - Âge de 40 ans (lignes directrices de 2020 de la Colombie-Britannique)[1]
    - Âge de 35 ans (lignes directrices canadiennes de 2016 basées sur les lignes directrices de 2012 de l'AUA)[37]
    - Âge de 50 ans pour les femmes et de 40 ans pour les hommes (lignes directrices de l'AUA de 2020)[2]
    - Parmi les femmes âgées de 35 à 50 ans asymptomatiques, qui n'ont pas d'antécédents

de tabagisme, n'effectuer le test **que** si l'analyse révèle > 25 GR/CFG (recommandation de 2017 de l'American College of Obstetricians and Gynecologists)[39]. Justification : Chez les femmes asymptomatiques âgées de 35 à 50 ans, le risque de cancer urothélial est ≤ 0,5 %[40].

22. L'AUA a élaboré des catégories de stratification des risques des patients (tableau 4). Les classifications reposaient sur l'opinion d'experts et une revue des données disponibles sur les facteurs de risque[2]. Il n'existe pas de preuves de qualité élevée à l'appui de la stratification du risque. Les classifications servent à faciliter l'estimation du risque de cancer sous-jacent et à appuyer les conseils centrés sur les patients[2]. En l'absence de données probantes de qualité élevée, le jugement du clinicien et la prise de décisions conjointe sont essentiels.

23. Bien que les catégories de risque de l'AUA n'aient pas fait l'objet d'une étude prospective, certaines données font état de taux de cancer appartenant à 3 catégories :
    - Dans le cadre d'une étude rétrospective, les critères de risque ont été appliqués aux dossiers de 1730 femmes (âge moyen de 58 ans) orientées en urologie[41]. Un cancer a été rapporté chez 0 % des cas présentant un risque faible (n = 322), chez 0,2 % des cas présentant un risque intermédiaire (n = 463) et chez 1,3 % des cas présentant un risque élevé (n = 945). Parmi les cas de cancer, l'âge > 60 ans et les antécédents de tabagisme étaient les facteurs de risque les plus fréquents.
    - Une autre étude portant sur 7 cohortes de patients (n = 15 779, âge moyen : 61 ans; 53 % d'hommes) a fait état de l'incidence de cancers dans les trois catégories de risque de l'AUA : 0,4 % des cas présentant un risque faible (n = 727), 1 % des cas présentant un risque intermédiaire (n = 1863) et 6 % des cas présentant un risque élevé (n = 13 189)[42].

24. L'indice de risque lié à l'hématurie est un autre outil de stratification du risque dont la précision est d'environ 80 % quant à la classification du risque à l'aide d'un score[43] :
    - Hématurie macroscopique (+4)
    - Âge > 50 ans (+4)
    - Antécédents de tabagisme (+1)
    - Appartenance au sexe masculin (+1)
    - > 25 GR/CFG (+1)

    Le risque est considéré comme faible (0-4 points), intermédiaire (5-8 points) ou élevé (9-11 points). Une étude de cohorte rétrospective portant sur 1049 patients a appliqué l'indice de risque lié à l'hématurie aux patients présentant une hématurie microscopique (le score maximal était de 7, car aucun patient de l'étude ne présentait d'hématurie macroscopique). Aucun cancer n'a été détecté dans le groupe à faible risque, et 2,9 % des patients du groupe à risque intermédiaire présentaient un cancer[44].

PRISE EN CHARGE

25. L'algorithme présenté à l'annexe 1 résume les étapes du bilan diagnostique face à une hématurie microscopique (confirmée par la détection de ≥ 3 GR/CFG à l'analyse microscopique de l'urine), selon la catégorie de risque.
    - Dans la plupart des cas, les patients dans la catégorie de risque intermédiaire ou élevé doivent passer des examens plus approfondis.
    - Les patients dans la catégorie de risque faible peuvent se voir proposer certaines options tenant compte de leurs préférences et de leur tolérance au risque :
        - Examen plus poussé, comme pour les patients de la catégorie de risque intermédiaire ou élevé

Tableau 4. Catégories de risque selon l'AUA[2]

Faible risque	Risque intermédiaire	Risque élevé
Tous les critères ci-dessous : • Femmes de < 50 ans ou hommes de < 40 ans • Aucun antécédent de tabagisme ou antécédents de < 10 paquets-années • 3-10 GR/CFG d'après une seule analyse d'urine microscopique • Absence de facteur de risque de cancer urothélial (Renseignements généraux, points 5-9) • Absence d'épisodes antérieurs d'hématurie microscopique	**L'un des critères suivants :** • Femmes de 50-59 ans • Hommes de 40-59 ans • 10-30 paquets-années • 11-25 GR/CFG d'après une seule analyse d'urine microscopique • Patient dont le risque faible a déjà été établi sans examen urologique et dont une nouvelle analyse d'urine de suivi a montré la présence de 3-10 GR/CFG • Autres facteurs de risque de cancer urothélial	**L'un des critères suivants :** • Femmes de ≥ 60 ans • Hommes de ≥ 60 ans • > 30 paquets-années • > 25 GR/CFG d'après une seule analyse d'urine microscopique • Antécédents d'hématurie macroscopique

- Refaire l'analyse d'urine biochimique et microscopique dans les six mois. Si la nouvelle analyse d'urine montre encore une hématurie microscopique, le patient devrait alors probablement passer des examens complémentaires[2].

26. Bilan complémentaire en cas d'hématurie microscopique :
    - Analyse d'urine : RAC urinaire (pour évaluer le fonctionnement rénal), culture d'urine
    - Analyses de sang pour évaluer la fonction rénale : créatinine/TFGe, HbA1c, formule sanguine complète, potassium, calcium, phosphate, albumine, hormone parathyroïdienne
    - Échographie des reins/de la vessie (tableau 5)
    - Selon les indications, orienter le patient chez un urologue, un néphrologue ou les deux

    Remarque : La cytologie urinaire ne fait **PAS** partie de l'évaluation initiale de l'hématurie microscopique asymptomatique, car les données probantes sont insuffisantes et ne permettent pas de montrer que cette analyse améliore la détection des cancers de la vessie[2].

Orientations

27. Les patients doivent être orientés :
    - En **urologie** lorsque[1,2] :
        - Âge ≥ 40 ans (hommes), ≥ 50 ans (femmes)
        - Facteurs de risque de cancer urothélial, y compris antécédents de tabagisme de 10+ paquets-années, > 10 GR/CFG, et autres (annexe 1)
        - Hématurie macroscopique
    - En **néphrologie** lorsqu'une atteinte parenchymateuse rénale est soupçonnée[1] :
        - Anomalie de la créatinine/du TFGe
        - > 20 GR/CFG
        - Protéinurie (p. ex., RAC urinaire > 30)
        - Globules rouges dysmorphiques ou cylindres hématiques
        - ≥ 5 à 10 globules blancs (GB)/CFG en l'absence d'infection
        - Anomalie détectée par l'examen d'imagerie

    Remarque : Les critères d'orientation vers un spécialiste peuvent varier selon chaque région (p. ex., voir l'Alberta Nephrology Referral Quick Reference et la trousse à outils KidneyWise du Réseau rénal de l'Ontario).

Alberta Nephrology Referral Quick Reference	
	Trousse à outils KidneyWise du Réseau rénal de l'Ontario

SUIVI DES PATIENTS APRÈS UN BILAN NÉGATIF

28. Les études de suivi montrent que la probabilité de détecter un cancer après un bilan négatif d'une hématurie microscopique asymptomatique est faible[2].
    a) Chez 234 hommes (≥ 50 ans, risque de cancer intermédiaire ou élevé) suivis pendant 14 ans après un bilan négatif d'une hématurie microscopique asymptomatique, 2 hommes (0,85 %) ont reçu un diagnostic de cancer de la vessie, l'un après 6,7 ans et l'autre après 11,4 ans suivant un résultat négatif aux examens[47].
    b) Chez 87 patients dont l'évaluation de l'hématurie

Tableau 5. Examens d'imagerie en cas d'hématurie microscopique[1,2]

Examen	Fiabilité de l'examen pour le cancer de la vessie [45,46]	Utilité	Limites
Échographie rénale/vésicale	• Sensibilité de 33 % • Spécificité de 96 %	• Pour détecter les masses solides de > 3 cm et l'hydronéphrose • Préférable au PIV (moins de rayonnements, de coûts liés aux affections concomitantes; sensibilité/spécificité comparables)	• Peu susceptible de mettre en évidence des masses solides de ≤ 3 cm
Cystoscopie	• Sensibilité de 98 % • Spécificité de 94 %	• Norme actuelle pour le diagnostic des tumeurs de la vessie	• Effractive (plus de désagréments/d'anxiété) • Légère ↑ du risque d'infection urinaire

PIV : pyélogramme intraveineux (comprend des examens classiques et par tomodensitométrie).

microscopique asymptomatique s'est révélée négative, qui ont été suivis pendant ≥ 3 ans, aucun cancer de la vessie n'a été détecté lors d'une nouvelle cystoscopie et d'une nouvelle échographie après 3 ans. Les analyses d'urine annuelles ont révélé une hématurie microscopique persistante chez les 87 patients[48].

c) Parmi les 627 patients dont l'évaluation initiale s'est avérée négative et présentant une hématurie microscopique asymptomatique persistante, 161 (25 %) ont passé une nouvelle cystoscopie après un laps de temps médian de 39 mois, et 2 avaient un cancer de la vessie (1,2 %)[49].

29. L'AUA préconise l'intégration de divers aspects dans l'élaboration d'un plan de suivi avec les patients (p. ex., leur appréhension qu'une tumeur maligne passe inaperçue, l'anxiété et les inconvénients accrus pour les patients, les coûts)[2]. Voici les options possibles :
    - Refaire l'analyse d'urine dans les 12 mois, ce qui n'est pas effractif. Les patients présentant une hématurie persistante peuvent participer au processus de décisions conjointes concernant les étapes suivantes [opinion d'experts]. Les résultats associés à un risque accru (p. ex., hématurie macroscopique, hématurie microscopique plus marquée et symptômes urologiques) devraient donner lieu à une évaluation plus approfondie[2].
    - Le BC Guidelines and Protocols Advisory Committee suggère de refaire l'analyse d'urine (RAC urinaire, analyse microscopique) et de remesurer la créatinine/le TFGe et la tension artérielle tous les ans pendant 3 ans (annexe 1). Effectuer une évaluation plus poussée en cas d'hématurie macroscopique, d'hématurie microscopique plus marquée, de symptômes urinaires/rénaux[1].
        - Si l'hématurie microscopique persiste jusqu'au suivi annuel après une première évaluation négative, envisager de refaire les examens dans les 3 à 5 ans.

30. D'après les lignes directrices de l'AUA, la cytologie urinaire peut être utilisée dans le cadre du suivi des patients présentant des symptômes mictionnels irritatifs continus ou des patients présentant des facteurs de risque de cancer in situ après un bilan négatif [opinion d'experts][2].

31. Le soutien psychologique pour l'abandon du tabagisme serait un élément important du suivi de l'hématurie microscopique en raison du risque accru de cancer lié au tabagisme (Renseignements généraux, point 8).

POINTS CLÉS

- Un résultat positif au dépistage de sang par un test d'urine sur bandelette réactive ou une analyse d'urine usuelle justifie la reprise de ces analyses ou leur confirmation par une analyse microscopique de l'urine.
- Un seul résultat positif à l'analyse microscopique de l'urine (≥ 3 GR/CFG) suffit pour entamer une évaluation plus approfondie, car l'hématurie microscopique peut être très intermittente, même lorsque les affections sous-jacentes sont significatives.
- L'hématurie microscopique peut être associée à des cancers urologiques dans environ 5 % des cas.
- Les évaluations initiales par l'anamnèse et l'examen physique visent à rechercher des causes urologiques, rénales et gynécologiques potentielles (y compris des infections, des cancers et des affections passagères) et à stratifier le risque de cancer. L'indice de risque lié à l'hématurie peut faciliter l'estimation du risque.
- Il convient d'offrir aux patients présentant une hématurie microscopique des conseils pour l'abandon du tabagisme, car ce dernier est un facteur de risque important de cancer de la vessie.
- Le diagnostic du cancer de la vessie est plus susceptible d'être retardé chez les femmes en raison de leur recours fréquent au traitement d'infections urinaires.
- Les patients sous anticoagulothérapie doivent être évalués de la même manière que les patients qui n'en suivent pas une, car leur risque de cancer est semblable à celui des autres populations.
- La cytologie urinaire n'est plus recommandée dans le cadre du bilan usuel en cas d'hématurie microscopique asymptomatique.

COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Tim, 51 ans

Quels autres renseignements seraient utiles aux fins de votre évaluation clinique de cette hématurie?

Il serait utile de procéder à une anamnèse ciblée, qui comprendrait la collecte de renseignements sur les causes modifiables et les facteurs de risque d'hématurie (Renseignements généraux, points 5-9, 16, 17), à savoir :

- Tout symptôme urinaire ou rénal tel qu'une hématurie macroscopique, une douleur abdominale ou du flanc, des symptômes urinaires irritatifs ou obstructifs.
- Utilisation de nicotine
- Infection virale récente
- Traumatisme récent
- Interventions urologiques récentes (p. ex., cathétérisme)

- Activité physique
- Antécédents médicaux
- Antécédents personnels ou familiaux de cancer de la vessie
- Médicaments en cours : sur ordonnance, en vente libre, plantes médicinales/remèdes traditionnels
- Tout facteur de risque qui placerait le patient dans une catégorie de risque plus élevé comme sa profession (p. ex., le fait de travailler dans l'industrie du caoutchouc, de la pétrochimie ou des colorants); traitements antérieurs entraînant par exemple l'exposition à des rayonnements; historique des voyages ou d'immigration (p. ex., risque de schistosomiase)

Un examen physique ferait partie de vos méthodes de collecte de renseignements comme la tension artérielle et l'examen abdominal (Renseignements généraux, point 18).

Pour plus de conseils sur la prise en charge de l'hypertension nouvellement diagnostiquée, reportez-vous au module du PABP intitulé « Hypertension chez l'adulte » (août 2021) disponible au members.fmpe.org.

Que répondriez-vous à l'inquiétude de Tim concernant les résultats de son analyse d'urine?

Vous pourriez rassurer Tim en lui expliquant que l'hématurie microscopique est une découverte fortuite courante, dont on ne détermine pas la cause chez la plupart des patients à l'issue du bilan (Renseignements généraux, points 1, 2, 4). S'il le souhaite, vous pourriez lui fournir des données sur la probabilité d'un cancer urothélial en cas d'hématurie microscopique (Renseignements généraux, point 2) et calculer son score à l'indice de risque lié à l'hématurie (Renseignements généraux, point 24).

Il serait important qu'il comprenne qu'il sera quand même nécessaire de rechercher les causes graves possibles de son hématurie microscopique (Renseignements généraux, point 16; feuillet destiné aux patients). L'inquiétude dont il vous fait part serait également l'occasion pour vous de soulever la question de l'abandon du tabagisme, une intervention importante compte tenu de son hypertension, mais aussi pour réduire son risque de cancer de la vessie dont le tabagisme est un facteur de risque majeur (Renseignements généraux, points 8, 31; feuillet destiné aux patients).

Deuxième partie

Comment procéderiez-vous pour les examens et la prise en charge?

Vous pourriez procéder à des examens par étapes, en fonction du niveau de risque de Tim (annexe 1). Vous pourriez refaire l'analyse microscopique (encadré 2), mais le résultat d'une seule analyse microscopique de l'urine (en l'absence d'autres facteurs contributifs) est considéré comme suffisant pour justifier un bilan plus poussé. L'hématurie microscopique peut être intermittente même en cas de pathologie sous-jacente grave (Renseignements généraux, point 15).

L'âge de Tim (> 50 ans), son sexe (masculin) et ses antécédents de tabagisme (environ 30 paquets-années) le placent dans une catégorie de risque intermédiaire à élevé de cancer de la vessie (Renseignements généraux, points 6-8; tableau 4). Son risque justifie la réalisation d'examens complémentaires : RAC et culture urinaires, analyse de sang (créatinine/TFGe, HbA1c, formule sanguine complète, potassium, calcium, phosphate, albumine, PTH), échographie rénale/vésicale, et orientation en urologie pour une cystoscopie (Renseignements généraux, points 25-27; tableau 5; annexe 1).

Troisième partie

Comment organisez-vous la prise en charge actuelle et le suivi de Tim?

Les conseils et le soutien à offrir à Tim pour l'encourager à arrêter de fumer seraient une composante essentielle de son suivi de l'hypertension et de l'hématurie microscopique (Renseignements généraux, point 31).

Il conviendrait de discuter avec Tim du calendrier de suivi de l'hématurie microscopique (Renseignements généraux, point 29; annexe 1), lequel serait important pour Tim compte tenu de son âge relativement jeune et de ses antécédents tabagiques importants. En général, le suivi comprendrait des visites annuelles pendant trois ans pour vérifier les éléments suivants :

- Antécédents : symptômes mictionnels du bas appareil urinaire, hématurie macroscopique
- Examen physique : tension artérielle
- Analyses de laboratoire : analyses biochimiques de l'urine, analyse microscopique de l'urine, RAC urinaire, créatinine/TFGe. Il faudrait notamment surveiller l'apparition d'une protéinurie élevée ou croissante et toute insuffisance rénale évolutive (déclin du TFGe).

Cas numéro 2 : Diane, 70 ans

Quelle serait votre démarche à ce stade en ce qui concerne ses symptômes urinaires?

L'âge de Diane serait un facteur de risque de cancer de la vessie (Renseignements généraux, points 6, 21; tableau 4). Certaines données probantes indiquent que le diagnostic de cancer de la vessie est posé plus tardivement chez les femmes et, lorsque cette maladie est détectée, elle est déjà à un stade plus avancé au moment de la première consultation, car les symptômes urinaires sont souvent attribués à une infection urinaire (Renseignements généraux, points 7, 19).

Il conviendrait de recueillir l'anamnèse (Renseignements généraux, points 9, 16, 17) :

- Rappelons ses symptômes urinaires : pollakiurie, dysurie, hématurie macroscopique, pression ou douleur pelvienne.
- Fièvre, nausées, vomissements
- Douleur du flanc, antécédents de calculs rénaux
- Symptômes vaginaux
- Apport en liquides
- Niveau d'activité physique
- Infections urinaires antérieures
- Antécédents récents de traumatisme ou d'interventions urologiques
- Antécédents familiaux de cancer de la vessie

Vous pourriez également discuter avec elle de ses antécédents de tabagisme (Renseignements généraux, point 8).

Vous pourriez discuter plus en détail de son diabète et de ses symptômes autonomes, car elle pourrait avoir une vessie neurogène dans une certaine mesure. Il conviendrait de passer en revue son bilan rénal, ses taux de lipides, son RAC et son dernier taux d'HbA1c (Renseignements généraux, point 26). Vous pourriez lui demander si elle a apporté des changements à ses médicaments, y compris aux médicaments en vente libre (Renseignements généraux, point 17). Vous devriez mesurer ses signes vitaux et envisager un examen physique et pelvien à la recherche de causes gynécologiques (Renseignements généraux, point 18).

Vous pourriez également l'interroger sur son transit intestinal ou ses antécédents de constipation, car ces éléments sont fortement associés à l'incontinence urinaire et au prolapsus des organes pelviens. Voir le module du PABP intitulé « Dysfonction du plancher pelvien chez la femme » (août 2020).

Deuxième partie

Quelles seraient les prochaines étapes de vos examens et de votre prise en charge de son hématurie microscopique?

Diane a plus de 50 ans et a déjà subi des épisodes de symptômes urinaires irritatifs (attribués à des infections urinaires), et a des antécédents de tabagisme, ce qui l'exposerait à un risque accru de cancer urothélial (Renseignements généraux, points 5, 6, 9). Son score à l'indice de risque lié à l'hématurie est de 5, ce qui est considéré comme un risque intermédiaire (Renseignements généraux, point 24). Bien qu'elle soit sous anticoagulant, ce traitement ne remet pas en question la pertinence d'une évaluation plus poussée (Renseignements généraux, point 20).

Vous demanderiez une échographie rénale/vésicale et orienteriez la patiente en urologie pour une cystoscopie (Renseignements généraux, points 26, 27). Une vessie neurogène due au diabète ferait partie de son diagnostic différentiel (tableau 3). Étant donné qu'elle présente également des facteurs de risque rénaux (p. ex., hématurie importante, TFGe réduit, diabète, protéinurie), vous pourriez l'orienter en néphrologie conformément aux lignes directrices (Renseignements généraux, point 27). Il pourrait être nécessaire de refaire les analyses de sang pour confirmer la réduction du TFGe.

Pour traiter son incontinence par impériosité, vous pourriez commencer par des mesures non pharmacologiques, y compris des conseils sur les facteurs comportementaux (p. ex., concernant la consommation de liquides, y compris des boissons contenant de la caféine, la tenue d'un journal des mictions), l'activité physique régulière et l'entraînement des muscles du plancher pelvien. Vous pourriez aussi lui prescrire de la physiothérapie du plancher pelvien si ce service est disponible et que sa couverture n'est pas problématique. Voir le module du PABP intitulé « Dysfonction du plancher pelvien chez la femme » (août 2020).

Elle aurait également besoin d'une surveillance continue/périodique de sa fonction rénale, et d'un bilan régulier de ses médicaments. Voir le module du PABP sur le diabète de type 2 (novembre 2018).

Cas numéro 3 : Rifat, 37 ans

Que leur répondriez-vous?

Rifat n'aurait normalement pas besoin d'un test sur bandelette réactive étant donné son âge, que ses symptômes d'infection urinaire semblent typiques et qu'elle n'a pas contracté plus de trois infections au cours de la dernière année (Renseignements généraux, point 12; tableau 2). Rifat pourrait recevoir une antibiothérapie empirique et on lui demanderait de revenir pour une culture si les symptômes ne disparaissent pas ou réapparaissent au cours des quatre semaines suivantes.

Actuellement, il n'est pas recommandé de procéder au dépistage systématique de l'hématurie microscopique par un test sur bandelette réactive ou analyse microscopique de l'urine chez les patients asymptomatiques (Renseignements généraux, points 12, 13). Toutefois, si Rifat était enceinte, elle passerait un test de dépistage d'une bactériurie asymptomatique et serait traitée si le résultat était positif (Renseignements généraux, point 11; tableau 2).

Rifat serait considérée comme présentant un faible risque (tableau 4). Vous pourriez effectuer une analyse biochimique de l'urine une fois l'infection traitée (Renseignements généraux, point 14), ce qui serait plus pertinent si elle avait des antécédents importants de tabagisme ou d'autres facteurs de risque de cancer urothélial (tableau 4). Si du sang est détecté dans l'urine,

vous pourriez demander une analyse microscopique – à moins qu'elle soit effectuée systématiquement par le laboratoire (Renseignements généraux, point 15; tableau 1). En cas d'hématurie microscopique importante, les recommandations divergent quant au niveau d'hématurie justifiant un bilan plus poussé chez les jeunes femmes à faible risque (Renseignements généraux, point 21). Toute nouvelle analyse d'urine faisant état d'au moins 3 globules rouges par CFG placerait Rifat dans une catégorie de risque plus élevé, ce qui pourrait nécessiter une consultation en urologie (Renseignements généraux, point 27; tableau 4; annexe 1). Vous pourriez discuter avec les apprenants des compétences importantes que sont le jugement clinique et la prise de décision conjointe tenant compte des préférences des patients et de leur tolérance au risque lorsque les données probantes ne sont pas catégoriques (Renseignements généraux, points 22, 23, 29).

Nous apprécions toujours vos commentaires. Si vous souhaitez nous faire parvenir de la rétroaction au sujet de ce module, le lien suivant vous amène directement au formulaire du sondage électronique : **http://members.fmpe.org/modulefeedback.**

Auteure : **Rejina Kamrul, M.D., CCMF**
Médecin de famille
Regina, Saskatchewan

Réviseurs : **James Obaji, M.D., CCMF**
Médecin de famille
Toronto, Ontario

Trevor Schuler, M.D., FRCSC
Urologue
Edmonton, Alberta

Rédactrice médicale en chef :
Haider Saeed, M.D., M. Sc., CCMF, FCMF
Médecin de famille
Hamilton, Ontario

Rédactrice médicale/coordonnatrice, Développement des modules : **Angela Eady, maîtrise en études légales, maîtrise en travail social**
Hamilton, Ontario

Réviseure : **Laura Van Alphen, M.A., B. Éd.**
Hamilton, Ontario

L'équipe de rédaction du module de la Fondation aimerait remercier Zahra Bardai (Brooklin, Ontario), Opeyemi Sobowale (Winnipeg, Manitoba) et Mitch Vainberg (Toronto, Ontario) qui ont participé à la table ronde initiale de ce module. De plus, la Fondation remercie les groupes-pilotes du PABP facilités par Abdelmunem Elfourtia (Edmonton, Alberta), Ze'ev Gross (Edmonton, Alberta) et Brenda Holyk (Winnipeg, Manitoba), qui ont testé ce module de formation et proposé des améliorations.

Divulgation des conflits d'intérêts :

Rejina Kamrul, Trevor Schuler, Haider Saeed et Angela Eady n'en ont déclaré aucun.

James Obaji a été animateur de formations médicales continues pour Amgen, Astra Zeneca et Boehringer Ingelheim.

Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient.

Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable la Fondation pour l'éducation médicale continue ni les programmes d'apprentissage basé sur la pratique d'aucun incident ou dommage qui pourrait découler de cet usage.

Les ressources sur le Web citées dans ce module étaient toujours actives en août 2023.

Vous pouvez accéder en ligne à ce module et à ses annexes: https://members.fmpe.org/.

Ce programme est le résultat d'une collaboration entre :

La Fondation pour l'éducation médicale continue

McMaster University

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

NIVEAUX DE PREUVES

Niveau de preuves	Type de preuves incluses
Élevé Les conclusions de l'étude ont peu de chances d'être grandement modifiées par l'information révélée lors de futures études.	• Revues systématiques/ méta-analyses qui incluent une grande variété d'études bien conçues (peu de limitations/de risque de biais, directement applicables à la population ciblée; l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance restreint). • Études comparatives d'envergure, randomisées, multicentriques, et bien conçues.
Modéré Les conclusions de l'étude pourraient changer en fonction des résultats de futures études.	• Revues systématiques/ méta-analyses d'études comportant plus de limitations/de risques de biais (études comparatives randomisées moins bien conçues, cohortes, études de cas-témoins; large intervalle de confiance de l'estimation sommaire). • Études comparatives randomisées bien conçues, de taille modérée ou uniques. • Études comparatives bien conçues et cohérentes, contrôlées, mais non randomisées. • Études d'envergure de cohortes.
Faible Les conclusions de l'étude pourraient probablement changer en fonction des résultats de futures études.	• Petites études comparatives randomisées avec risque élevé de biais. • Études comparatives ou de cohortes comportant des limites/risques de biais importants, dont les variations des résultats entre les études sont significatives, ou ne sont pas directement applicables à la population ciblée.
Très faible Les données probantes provenant d'études de taille appropriée dans les populations représentatives manquent ou sont insuffisantes.	• Rapports de cas individuel ou de séries de cas • Une ou plusieurs études comportant des limites/ risques de biais significatifs.

En plus de la classification ci-dessus, lorsque l'ensemble des données probantes appuyant une question précise est limité, nous pouvons citer l'opinion d'experts à titre de niveau de preuves le plus élevé.

Sources :

1) Qualité des données probantes selon le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs : https://canadiantaskforce.ca/methods/grade/.

2) Définitions des grades selon l'US Preventive Services Task Force. Mai 2008. https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grade-definitions.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. BC Guidelines & Protocols Advisory Committee. *Workup of microscopic hematuria*. 2020; https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/hematuria.
2. Barocas DA, Boorjian SA, Alvarez RD, et al. Microhematuria: AUA/SUFU guideline. *J Urol.* 2020;204:778-86. PMID 32698717
3. Grossfeld GD, Litwin MS, Wolf JS, et al. Evaluation of asymptomatic microscopic hematuria in adults: the American Urological Association best practice policy--part I: definition, detection, prevalence, and etiology. *Urology.* 2001;57:599-603. PMID 11306356
4. Davis R, Jones JS, Barocas DA, et al. Diagnosis, evaluation and follow-up of asymptomatic microhematuria (AMH) in adults: AUA guideline. *J Urol.* 2012;188:2473-81. PMID 23098784
5. Khadra MH, Pickard RS, Charlton M, Powell PH, Neal DE. A prospective analysis of 1,930 patients with hematuria to evaluate current diagnostic practice. *J Urol.* 2000;163:524-7. PMID 10647670
6. Jubber I, Shariat SF, Conroy S, et al. Non-visible haematuria for the detection of bladder, upper tract, and kidney cancer: an updated systematic review and meta-analysis. *Eur Urol.* 2020;77:583-98. PMID 31791622
7. Sing RI, Singal RK. What is significant hematuria for the primary care physician? *Can J Urol.* 2012;19 Suppl 1:36-41. PMID 23089346
8. Mohr DN, Offord KP, Owen RA, Melton LJ, 3rd. Asymptomatic microhematuria and urologic disease. A population-based study. *JAMA.* 1986;256:224-9. PMID 3723707
9. Vlasschaert C, Lanktree MB. Microscopic hematuria. *CMAJ.* 2020;192:E370. PMID 32392525
10. Canadian Cancer Society. *Canadian cancer statistics: a 2022 special report on cancer prevalence*. Government of Canada, Canadian Cancer Society;2022.
11. Al-Husseini MJ, Kunbaz A, Saad AM, et al. Trends in the incidence and mortality of transitional cell carcinoma of the bladder for the last four decades in the USA: a SEER-based analysis. *BMC Cancer.* 2019;19:46. PMID 30630456
12.

13. Statistics Canada. *Number and rates of new cases of primary cancer, by cancer type, age group and sex*. 2022.

14. Dobruch J, Daneshmand S, Fisch M, et al. Gender and bladder cancer: a collaborative review of etiology, biology, and outcomes. *Eur Urol.* 2016;69:300-10. PMID 26346676

15. Garg T, Pinheiro LC, Atoria CL, et al. Gender disparities in hematuria evaluation and bladder cancer diagnosis: a population based analysis. *J Urol.* 2014;192:1072-7. PMID 24835058

16. Ngo B, Perera M, Papa N, Bolton D, Sengupta S. Factors affecting the timeliness and adequacy of haematuria assessment in bladder cancer: a systematic review. *BJU Int.* 2017;119 Suppl 5:10-8. PMID 28544294

17. Al-Zalabani AH, Stewart KF, Wesselius A, Schols AM, Zeegers MP. Modifiable risk factors for the prevention of bladder cancer: a systematic review of meta-analyses. *Eur J Epidemiol.* 2016;31:811-51. PMID 27000312

18. Bhindi B, Kool R, Kulkarni GS, et al. Canadian Urological Association guideline on the management of non-muscle-invasive bladder cancer - full-text. *Can Urol Assoc J.* 2021;15:E424-e60. PMID 33938798

19. Freedman ND, Silverman DT, Hollenbeck AR, Schatzkin A, Abnet CC. Association between smoking and risk of bladder cancer among men and women. *JAMA.* 2011;306:737-45. PMID 21846855

20. Taneja S, Hoogenes J, Slaven M, Kapoor A. Use of cannabis in urological cancer patients: a review to evaluate risk for cancer development, therapeutic use, and symptom management. *Can Urol Assoc J.* 2021;15:413-9. PMID 34171211

21. Ramirez D, Gupta A, Canter D, et al. Microscopic haematuria at time of diagnosis is associated with lower disease stage in patients with newly diagnosed bladder cancer. *BJU Int.* 2016;117:783-6. PMID 26435378

22. Rai BP, Luis Dominguez Escrig J, Vale L, et al. Systematic review of the incidence of and risk factors for urothelial cancers and renal cell carcinoma among patients with haematuria. *Eur Urol.* 2022;82:182-92. PMID 35393159

23. Nassour AJ, Jain A, Hui N, Siopis G, Symons J, Woo H. Relative risk of bladder and kidney cancer in Lynch syndrome: systematic review and meta-analysis. *Cancers (Basel).* 2023;15. PMID 36672455

24. Jalloh M, Cassell A, Diallo T, et al. Is schistosomiasis a risk factor for bladder cancer? Evidence-based facts. *J Trop Med.* 2020;2020:8270810. PMID 32565832

25. Zheng YL, Amr S, Saleh DA, et al. Urinary bladder cancer risk factors in Egypt: a multicenter case-control study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2012;21:537-46. PMID 22147365

26. Pottie K, Greenaway C, Feightner J, et al. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *CMAJ.* 2011;183:E824-925. PMID 20530168

27. Hitzeman NM, Greer D Md MPH, Carpio EM. Office-based urinalysis: a comprehensive review. *Am Fam Physician.* 2022;106:27-35b. PMID 35839369

28. O'Connor E, McVey A, Demkiw S, Lawrentschuk N, Murphy DG. Assessment and management of haematuria in the general practice setting. *Aust J Gen Pract.* 2021;50:467-71. PMID 34189542

29. Lifelabs. *Client notice: change to urinalysis testing platform*. 2021; https://lifelabs.azureedge.net/lifelabs-wp-cdn/2021/10/Client-Notice-Urinalysis-Platform-Change-in-ON-Updated.pdf.

30. Matulewicz RS, DeLancey JO, Pavey E, Schaeffer EM, Popescu O, Meeks JJ. Dipstick urinalysis as a test for microhematuria and occult bladder cancer. *Bladder Cancer.* 2017;3:45-9. PMID 28149934

31. BC Guidelines & Protocols Advisory Committee. *Urinary tract infections in the primary care setting – investigation.* BC: Ministry of Health;2020. https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/urinary-tract-infections#key_recommendations.

32. Nicolle LE, Gupta K, Bradley SF, et al. Clinical practice guideline for the management of asymptomatic bacteriuria: 2019 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2019;68:e83-e110. PMID 30895288

33. Chu CM, Lowder JL. Diagnosis and treatment of urinary tract infections across age groups. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;219:40-51. PMID 29305250

34. Moyer VA. Screening for bladder cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2011;155:246-51. PMID 21844550

35. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Screening with urinary dipsticks for reducing morbidity and mortality. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;1:Cd010007. PMID 25626128

36. Jeppson PC, Jakus-Waldman S, Yazdany T, et al. Microscopic hematuria as a screening tool for urologic malignancies in women. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2021;27:9-15. PMID 30998541

37. Fernández MI, Brausi M, Clark PE, et al. Epidemiology, prevention, screening, diagnosis, and evaluation: update of the ICUD-SIU joint consultation on bladder cancer. *World J Urol.* 2019;37:3-13. PMID 30105454

38. Kassouf W, Aprikian A, Black P, et al. Recommendations for the improvement of bladder cancer quality of care in Canada: a consensus document reviewed and endorsed by Bladder Cancer Canada (BCC), Canadian Urologic Oncology Group (CUOG), and Canadian Urological Association (CUA), December 2015. *Can Urol Assoc J.* 2016;10:E46-80. PMID 26977213

39. Leslie SW, Tadi, P, Tayyeb, M. Neurogenic bladder and neurogenic lower urinary tract dysfunction. *StatsPearls [Internet]*. Treasure Island, FL: StatsPearl Publishing; 2022.

40. Committee opinion no.703: asymptomatic microscopic hematuria in women. *Obstet Gynecol.* 2017;129:e168-e72. PMID 28368896

41. Lippmann QK, Slezak JM, Menefee SA, Ng CK, Whitcomb EL, Loo RK. Evaluation of microscopic hematuria and risk of urologic cancer in female patients. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;216:146.e1-.e7. PMID 27751797

42. Saxon GM, Patil D, Hammett J. Microhematuria in women: prevalence of malignancy and risk score evaluation. *Urology.* 2022;160:34-9. PMID 34788666

43. Woldu SL, Ng CK, Loo RK, et al. Evaluation of the new American Urological Association guidelines risk classification for hematuria. *J Urol.* 2021;205:1387-93. PMID 33356483

44. Loo RK, Lieberman SF, Slezak JM, et al. Stratifying risk of urinary tract malignant tumors in patients with asymptomatic microscopic hematuria. *Mayo Clin Proc.* 2013;88:129-38. PMID 23312369

45. Rabinowitz DE, Buford K, Wood AM, et al. Incidence of significant findings of microhematuria workup in women-what guidelines work best? *Urology.* 2021;151:19-23. PMID 32653567

46. Fankhauser CD, Waisbrod S, Fierz C, et al. Diagnostic accuracy of ultrasonography, computed tomography, cystoscopy and cytology to detect urinary tract malignancies in patients with asymptomatic hematuria. *World J Urol.* 2021;39:97-103. PMID 32240349

47. Blick CG, Nazir SA, Mallett S, et al. Evaluation of diagnostic strategies for bladder cancer using computed tomography (CT) urography, flexible cystoscopy and voided urine cytology: results for 778 patients from a hospital haematuria clinic. *BJU Int.* 2012;110:84-94. PMID 22122739

48. Madeb R, Golijanin D, Knopf J, et al. Long-term outcome of patients with a negative work-up for asymptomatic microhematuria. *Urology.* 2010;75:20-5. PMID 19913883

49. Pichler R, Heidegger I, Leonhartsberger N, et al. The need for repeated urological evaluation in low-risk patients with microscopic hematuria after negative diagnostic work-up. *Anticancer Res.* 2013;33:5525-30. PMID 24324092

50. Pak JS, Wang EY, Lee K, Pina LA, McKiernan JM, Anderson CB. Diagnostic yield of repeat evaluation for asymptomatic microscopic hematuria after negative initial workup. *Urol Oncol.* 2021;39:300.e1-.e6. PMID 33339726

ANNEXE 1. Conduite à tenir devant une hématurie microscopique (HM)[1,2]

Sang non visible dans l'urine

Écarter ou traiter les causes passagères :
Par exemple, infection, menstruations, activité physique vigoureuse, traumatisme, manœuvre instrumentale urologique, examen récent de la prostate, maladie virale.

≥ 3 GR/CFG au microscope = HM confirmée

Anamnèse et examen physique selon les indications (y compris les antécédents de tabagisme, la tension artérielle). Envisager de refaire les analyses microscopiques.

STRATIFICATION DU RISQUE

Dans l'*UNE* des situations suivantes, le patient doit être classé dans la catégorie de risque élevé :

- Femmes de ≥ 50 ans ou hommes de ≥ 40 ans
- ≥ 10 paquets-années de tabagisme
- > 10 GR/CFG lors d'une analyse d'urine
- ≥ 3 GR/CFG lors d'une nouvelle analyse d'urine chez des sujets précédemment classés dans la catégorie de faible risque, sans évaluation urologique
- Hématurie macroscopique

Tenir compte de ces autres facteurs de risque également susceptibles d'augmenter le risque :

- Symptômes urinaires irritatifs
- Inflammation chronique du bas appareil urinaire/cystite
- Les antécédents de chimiothérapie à base de cyclophosphamide/d'ifosfamide
- Antécédents de radiothérapie pelvienne
- Antécédents familiaux de cancer urothélial ou de syndrome de Lynch
- Exposition professionnelle aux benzènes ou à des amines aromatiques
- Infection à Schistosoma

En l'absence de ces facteurs de risque, le patient est classé dans la catégorie de risque faible.

RÉPOND AUX CRITÈRES DE RISQUE ÉLEVÉ

FAIBLE RISQUE

Examens complémentaires

- Créatinine sérique/TFGe, HbA1c, formule sanguine complète, potassium, calcium, phosphate, albumine, hormone parathyroïdienne
- RAC urinaire, culture
- Échographie rénale/vésicale

Refaire l'analyse biochimique et microscopique de l'urine dans 6 mois

Hématurie microscopique persistante

Absence d'hématurie microscopique
Remarque :
Les données probantes à l'appui des étapes suivantes ne sont pas claires.

Orienter en urologie

Résultats négatifs

Orienter en néphrologie SI :

- Anomalie de la créatinine/du TFGe
- > 20 GR/CFG
- Protéinurie (p. ex., RAC urinaire > 30)
- Cylindres hématiques
- Globules rouges dysmorphiques
- ≥ 5-10 globules blancs/CFG en l'absence d'infection
- Anomalie détectée par l'examen d'imagerie

SUIVI ANNUEL PENDANT 3 ANS :

- Tension artérielle, analyse d'urine usuelle, RAC urinaire, analyse microscopique de l'urine, créatinine/TFGe, cytologie urinaire si elle est recommandée par un urologue

ÉVALUATION CONTINUE DU RISQUE

Remarque : Les données probantes sur la prise en charge après 3 ans ne sont pas claires.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
août 2023

FEUILLET D'INFORMATION DESTINÉ AUX PATIENTS. N'hésitez pas à reproduire et à faire circuler ce feuillet.

Hématurie microscopique (présence de sang dans l'urine)

QUE SIGNIFIE LA PRÉSENCE MICROSCOPIQUE DE SANG DANS L'URINE?

Une analyse d'urine peut révéler la présence de sang dans un échantillon d'urine, lequel n'est pas visible à l'œil nu. Un microscope est utilisé pour rechercher des globules sanguins dans l'urine, et en mesurer la quantité.

QUELLE EN EST LA CAUSE?

L'hématurie microscopique est parfois due à un événement récent. Si c'est le cas, il faudra réanalyser l'urine pour s'assurer que c'est bien l'événement en question qui en était la cause. Parmi ces événements, notons :

- Interventions médicales (p. ex., chirurgie, pose de cathéters)
- Activité physique intense
- Menstruations
- Infection ou maladie virale
- Blessure

Une affection rénale ou urinaire sous-jacente peut causer une hématurie microscopique. Chez très peu de personnes (3 à 5 %), la présence de sang dans l'urine peut être un signe de cancer. Les risques de cancer augmentent dans les cas suivants :

- Tabagisme
- Âge avancé
- Sexe masculin
- Antécédents de cancer ou de sang dans l'urine (visible ou non)

Dans de nombreux cas, les examens ne révèlent aucune cause claire.

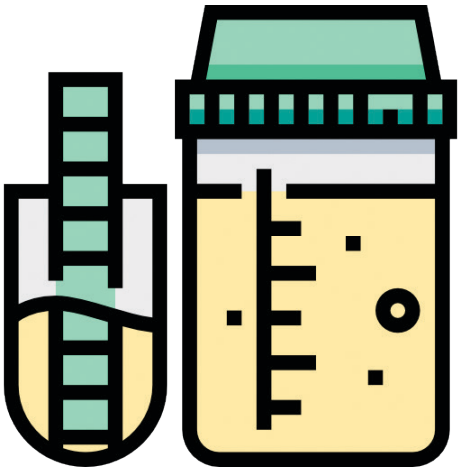
QU'ARRIVE-T-IL ENSUITE?

Votre médecin vous fera passer des tests en fonction de votre probabilité d'avoir une maladie sous-jacente et selon la quantité de sang détectée.

QUELS SONT LES TESTS EFFECTUÉS?

Mesure de la tension artérielle, autres analyses d'urine, analyses de sang et échographie des reins et de la vessie. Il se peut que l'on vous oriente chez un spécialiste qui pourra examiner l'intérieur de votre vessie à l'aide d'une caméra.

Lorsque la cause de l'hématurie n'est pas clairement établie, des analyses d'urine et des mesures de la tension artérielle sont effectuées une fois par année pendant une période pouvant aller jusqu'à trois ans. Votre professionnel de la santé discutera avec vous de votre suivi.



CONSEILS IMPORTANTS

1. Les probabilités de détection d'un cancer sont très faibles, mais il est nécessaire d'écarter cette maladie.
2. Les examens prescrits par votre professionnel de la santé permettront d'écarter toute maladie sous-jacente.
3. Le meilleur moyen de réduire le risque de cancer ou d'autres maladies est d'arrêter de fumer.
4. Si vous avez besoin d'aide pour arrêter de fumer, parlez-en à votre professionnel de santé.

REMARQUES

© La Fondation pour l'éducation médicale continue **www.fmpe.org**

Image d'Eucalyp sur www.flaticon.com

Août 2023

La Fondation pour l'éducation médicale continue