

Article original

Hématurie macroscopique : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques à la clinique universitaire

HEAMATURIA MACROSCOPIC: EPIDEMIOLOGICAL, DIAGNOSIS AND THERAPEUTIC FEATURES AT THE UNIVERSITY CLINIC OF UROLOGY ANDROLOGY IN CNHU-HKM OF COTONOU

*PARÉ A. *, AVAKOUDJO J., HOUNNASSO P., CISSÉ D., ZANGO B., GANDAHO I., OUATTARA A., HODONOU R., AKPO C.*

Clinique Universitaire d'Urologie-Andrologie, CNHU Hubert K. MAGA Cotonou

**Auteur correspondant, E-mail : boupere@yahoo.fr; Cotonou, Bénin*

Tel : (00229) 99901078

RESUME

L'hématurie macroscopique constitue un motif fréquent de consultation en urologie. L'objectif de ce travail était de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des hématuries macroscopiques au CNHU-HKM de Cotonou. Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif portant sur 69 cas d'hématurie macroscopique hospitalisés et pris en charge dans le service d'Urologie-Andrologie au CNHU de Cotonou entre le 1er janvier 2008 et le 31 décembre 2010. La fréquence hospitalière de l'hématurie était de 10,8%. L'âge moyen des patients était de 57 ans et la tranche d'âge de 61ans à 75 ans était la plus représentée. Le sexe masculin était le plus représenté avec un sexe ratio de 10/1. Une bilharziose urogénitale a été notée chez 7,2% des patients. 92,4% (65/69) des patients présentaient une hématurie totale avec une durée moyenne de 7 jours. L'état hémodynamique était instable chez 10,1% (7/69) des patients. Le cancer de la prostate a été le diagnostic le plus retrouvé dans 36,2% des cas suivi de l'hypertrophie bénigne de la prostate (31,9% des cas) et les tumeurs de vessie dans 18,8% des cas. L'irrigation lavage continue de la vessie a été réalisée chez 8,7% de nos patients. La recherche étiologique de l'hématurie doit être faite de façon méthodique et la prise en charge en urgence adaptée.

Mots clés : hématurie, cancer, prostate, vessie.

ABSTRACT

Haematuria is a common reason for consultation in urology. The objective of this work was describe epidemiology, diagnosis and treatment of haematuria macroscopic in the National University Hospital of Cotonou (CNHU-HKM Cotonou). It was a retrospective study the type descriptive on 69 cases of patients hospitalized for haematuria macroscopic and have been treated in the Department of Urology-Andrology at CNHU in Cotonou between the 1st January 2008 and 31 December 2010. The frequency of haematuria in hospital was 10.8%. The average age of our patients was 57 years old and the range of 61 to 75 years old, this was the most represented range. The male was the most affected with a sex ratio of 10 / 1. A urogenital schistosomiasis was noted in 7.20% cases of our patients. 92.4% (65/69) of our patients had total hematuria with an average of 7 days. 10.1% (7/69) of our patients had an unstable state of haemodynamic. The diagnosis of prostate cancer was mostly found in 36.2% followed by benign prostatic hyperplasia (31.9%) and bladder tumors in 18.8% of cases. 8.7% of our patients received a bladder irrigation. Etiological research of haematuria must be undertaking and urgent adequate treatment need to be adapted.

Keywords: haematuria, cancer, prostate, bladder.

INTRODUCTION

L'hématurie est définie par la présence de globules rouges dans les urines ; elle peut être d'origine urologique, néphrologique ou hématologique. Elle constitue une urgence médicale du fait de son retentissement rapide sur l'état hémodynamique.

L'hématurie est un motif fréquent de consultation en urologie. La prévalence de l'hématurie varie de 1% à 16% (Shen, 2010). Très souvent, elle est banalisée par les communautés surtout en zone d'endémie bilharzienne. Au Mali, une enquête menée en milieu scolaire péri-urbain a noté que la prévalence de l'hématurie était de 40,1% et moins de la moitié soit 37,2% avait reçu un traitement médical (Sangho et al, 2002). Dans une étude menée au Nigeria sur

l'hématurie portant sur 230 élèves, 20% d'entre eux la considéraient comme un signe de maturité sexuelle (Amazigo et al, 1997). Au Bénin, aucune étude n'a été réalisée pour déterminer l'ampleur de cette symptomatologie.

L'objectif de ce travail était de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de l'hématurie dans le service d'Urologie-Andrologie du CNHU de Cotonou.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif portant sur 69 patients hospitalisés dans le service d'Urologie-Andrologie du CNHU HKM de Cotonou pour

hématurie macroscopique. L'étude s'est déroulée du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2010.

Il s'agissait d'un échantillonnage exhaustif de tous les patients reçus en urgence ou en consultation pour hématurie macroscopique quelque soit l'abondance et après confirmation médicale. Les urétrorragies survenant pour la plus part des cas à la suite de sondage uréthro-vésical traumatique et prises à tort pour hématurie et les hématuries dans les suites opératoires d'intervention sur la vessie ont été exclus de notre étude.

Les variables étudiées ont été d'ordre épidémiologique (la fréquence, l'âge, le sexe, la profession), diagnostique (les antécédents, les motifs de consultation, les signes physiques et paracliniques et les pathologies diagnostiquées) et thérapeutique (la prise en charge en urgence de l'hématurie, la prise en charge différée et le devenir du patient).

La prise en charge de l'hématurie en urgence était faite d'un bilan systématique minimal comprenant le dosage du taux d'hémoglobine et le groupe sanguin rhésus. La mise en place d'une sonde uréthro-vésicale de Foley charrière 22 ou 24 à trois voies avec décaillotage au besoin et irrigation lavage continue avec du sérum salé 0,9% jusqu'à l'obtention d'urines claires ; il était procédé à la pause d'une voie veineuse en vue d'une réanimation et au besoin la prescription de sang ou de dérivés sanguins. De l'acide tranexamique injectable 1g/10ml était associé en injection intraveineuse ou injectée dans le soluté d'irrigation. Le maintien ou la restauration d'un état hémodynamique stable était nécessaire pour juger de l'efficacité du traitement.

Une fiche d'enquête a été établie pour la collecte des données. Cette fiche a été remplie à partir des registres d'hospitalisation, les registres de consultation, les dossiers médicaux et le registre de compte rendu-opérateur. L'exploitation informatique des données a été faite grâce au logiciel Epi info 3.4 d'avril 2007. Il s'est agit essentiellement de calcul de fréquence des variables suscitées.

RESULTATS

Aspects épidémiologiques

Au cours de la période d'étude, 758 patients ont été hospitalisés dans le service dont 82 cas d'hématurie macroscopique soit une fréquence hospitalière de 10,8%. Après dépouillement des dossiers, 69 cas d'hématurie ont été documentés et ont constitué la base de notre étude.

L'âge moyen des patients était de 57 ans avec des extrêmes de 02 ans et 92 ans. Le tableau I illustre les différentes classes d'âge et leur fréquence.

Tableau I : Répartition des patients selon la classe d'âge

Classe d'âge	Nombre de cas	%
[0 - 15]	01	01,5
[16 - 30]	06	08,7
[31 - 45]	13	18,8
[46 - 60]	13	18,8
[61- 75]	28	40,6
[76 - 92]	08	11,6
Total	69	100,0

On notait une prédominance masculine avec un sex ratio de 10/1. Dans notre série, les retraités représentaient la couche sociale la plus observée (29%) suivi des cultivateurs (21,7%), les ménagères (7,3%) et les commerçants (5,8%).

Aspects diagnostiques

Le motif de consultation était une hématurie totale dans 94,2% (n=65) des cas et une hématurie terminale dans 5,8%

(n=4) des cas.

Sept patients avaient déjà présenté un épisode d'hématurie dont cinq patients à leur enfance ; il a été retrouvé chez 5 patients une notion de séjour en zone d'endémie bilharzienne ; une bilharziose urinaire aurait été dépistée et traitée. L'hématurie était associée à une dysurie dans 56,5% des cas, à une pollakiurie dans 23,2% des cas, à des douleurs abdominales dans 11,6% des cas et à des brûlures mictionnelles dans 10,1% des cas. L'hématurie dans 29% des cas était survenue au décours d'un sondage uréthrovésical non traumatique pour rétention aigue d'urine ; cette hématurie était liée à une hémorragie à vacuo du à la vidange rapide de la vessie. La durée moyenne de l'hématurie était de sept jours avec des extrêmes de 1 jour à 38 jours.

L'examen clinique avait noté une pâleur des muqueuses palpébrales chez 71% (n= 49) des patients. L'état hémodynamique était instable chez 10,1% (n=7) des patients. Une voussure lombaire a été notée chez 2,9% des cas (n=2), une masse hypogastrique dans 5,8% des cas (n=4) et un globe vésical chez 28,9% des patients (n=20). Le toucher rectal avait noté une prostate anormale dans 58,7% (n=37) des cas.

Les différents examens complémentaires réalisés avaient permis de noter les résultats suivants :

Le taux d'hémoglobine dosé chez 75,3 % des patients a retrouvé une anémie chez 65,2 % de ceux-ci ; l'anémie était sévère chez 23,2% d'entre eux. Une hypercréatininémie a été notée chez 18,8% des patients et une hyperleucocytose chez 10% des patients.

Le dosage du PSA a été réalisé chez 58,7% des patients et il était supérieur à 4 ng/ml chez 42,6% d'entre eux.

L'échographie abdominale a été réalisée chez 66,7% des patients, l'échographie vésico-prostatique chez 53,6% des patients, l'urographie intraveineuse (UIV) chez 4,3% des patients et le scanner abdominal chez 2, 9,% des patients ; la cystoscopie a été réalisée chez 2,9% des patients. Les différents examens ont permis de noter 2 cas de tumeurs rénales, 5 cas de lithiases rénales, 19 cas d'hypertrophie prostatique homogène, 11 cas d'hypertrophie prostatique hétérogène, 6 cas de lithiases vésicales, 4 cas de tumeurs vésicales. Il faut noter que l'examen anatomie pathologique de la pièce opératoire de biopsie vésicale dans 2 cas avait noté un carcinome épidermoïde. La biopsie prostatique avec examen anatomie pathologique a retrouvé 8 cas d'adénocarcinome.

Le diagnostic de cancer de la prostate a été retrouvé dans 36,2% des cas suivi de l'hypertrophie bénigne de la prostate dans 31,9% des cas et des tumeurs de vessie dans 18,8% des cas. Les résultats sont présentés dans le tableau II.

Tableau II : Répartition des différents diagnostics retenus selon la fréquence et le pourcentage

Diagnostiques	Nombre de cas	%
Cancer prostatique	25	36,2
Hypertrophie bénigne prostate	22	31,9
Tumeur de vessie	13	18,8
Lithiase vésicale	07	10,1
Bilharziose urogénitale	05	7,2
Traumatisme urétral	06	8,7
Lithiase rénale	04	5,8
Sténose urétrale	02	2,9
Tumeur rénale	02	2,9
Valve urétrale	01	1,4

Aspects thérapeutiques

La prise en charge des patients s'est faite en deux étapes : en un premier temps la prise en charge en urgence

dans le but de maintenir l'état hémodynamique stable et dans un second temps la prise en charge en différé de l'étiologie de l'hématurie. Un patient porteur d'une hypertrophie prostatique bénigne a bénéficié d'une adénomectomie en urgence; le reste des actes posés est illustré par la figure 1.

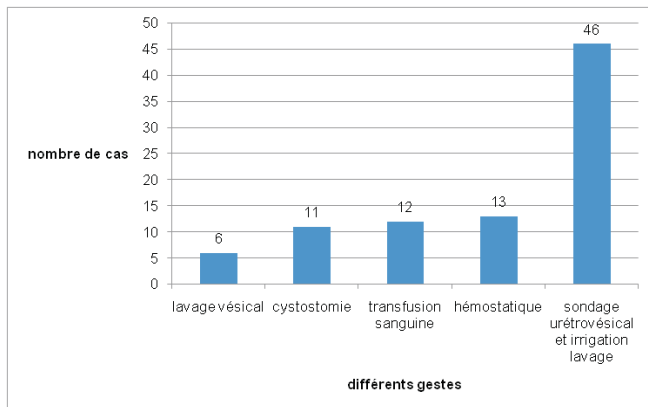


Figure 1 : Répartition des actes posés en urgence selon la fréquence

Le traitement étiologique a consisté en une adénomectomie prostatique dans 15,9% des cas, une pulpectomie bilatérale pour cancer prostatique métastatique dans 5,7% des cas et en une cystolithotomie chez 4,3% des patients. Deux des quatre malades qui ont bénéficié de la pulpectomie ont été mis sous anti-androgènes non stéroïdiens ; cinq cas de cancer de la prostate ont été mis sous analogues de la LHRH et 20,3% des patients porteurs d'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) ont été mis sous phytothérapie. La prescription d'association phytothérapie et alpha bloquant a été faite chez 14,5% des patients porteurs d'HBP et 11,6% des patients principalement porteur de cancer au stade métastatique sont sortis sous traitement palliatifs symptomatiques. Une urétroplastie en un temps a été réalisé chez 2 patients et la mise en place d'une sonde urinaire à demeure dans le cas de la valve urinaire.

La mortalité hospitalière a été de 13% (n=9) ; parmi les patients décédés, cinq d'entre eux étaient porteur de cancer de la prostate et un cas de tumeur de vessie. L'hématurie abondante avec instabilité hémodynamique et décompensation cardio-circulatoire était responsable du décès dans 3 cas.

DISCUSSION

Aspects épidémiologiques

La fréquence de l'hématurie dans notre étude était de 10,8% chez les patients hospitalisés en Urologie ; ce taux témoigne du grand nombre de pathologies pourvoyeuses d'hématurie dans notre service. L'hématurie peut survenir au décours de sondage urétrovésical à la suite d'une vidange rapide ; il s'agit d'une hématurie à vacuo.

Des études menées sur les urgences urologiques au Sénégal et en Guinée ont trouvé des fréquences proches de notre série soit respectivement 7,1% et 9,6% (Fall et al., 2008 ; Bobo Diallo et al., 2010). Ces valeurs bien qu'élevées sont encore sous estimées car beaucoup de patients restent à la maison sans bilan réel et décèdent sans avoir consultés.

Le sexe masculin était majoritairement représenté dans notre étude. Ces valeurs élevées s'expliqueraient par la plus grande fréquence d'affections responsables d'hématurie chez l'homme que la femme notamment les pathologies prostatiques et vésicales.

L'âge moyen de nos patients était de 57 ans et la tranche d'âge de] 61ans -75 ans[la plus représentée avec un

pourcentage de 40,8%. La pathologie prostatique qui représentait plus de 60% des sujets de notre étude est essentiellement une affection du sujet âgé et pourrait expliquer nos résultats.

Aspects diagnostiques

Une bilharziose urogénitale évolutive a été retrouvée chez 7,2% de nos patients avec deux cas de carcinome épidermoïde de la vessie. Il s'agit du type histologique le plus fréquemment rencontré en Afrique lié surtout à l'infestation massive des œufs de schistosomes (El-Bolkainy et al., 1972 ; Diao et al., 2008). La bilharziose urogénitale est une pathologie pourvoyeuse d'hématurie et est responsable de lésions inflammatoires chroniques de la vessie avec parfois risque de cancérisation (El Bolkainy et al., 1981 ; Mianne et al., 1998) ; cette constatation a été également décrite dans les études menées par Penneau et al. (1992) et Loo et al. (2009).

Ces résultats dénotent de la banalisation que font les patients quant à la présence d'une hématurie inaugurale de courte durée surtout lorsqu'elle est isolée. Ces constatations sont corroborées par la durée moyenne de l'hématurie qui est de sept (07) jours. Lorsque l'hématurie est abondante elle peut entraîner une instabilité hémodynamique avec risque de décompensation cardio-circulaire

Nos résultats témoignent de la gravité de l'hématurie macroscopique et de l'extrême urgence quant à sa prise en charge. L'examen clinique doit être minutieux et complet car il oriente dans le choix des examens complémentaires et surtout la prise en charge en urgence.

La durée et l'abondance du saignement pourraient expliquer l'anémie sévère et l'insuffisance rénale notée chez nos patients. Ces résultats témoignent du retard à la consultation qui se fait après l'installation des complications et du retentissement de l'hémorragie sur la fonction rénale.

L'échographie abdominale et vésico-prostatique ont été les plus réalisées. L'échographie reste encore un examen pratiqué en cas d'hématurie. Sa performance reste liée à la qualité de l'opérateur et de l'appareillage. La cystoscopie qui est actuellement l'examen de référence n'a été réalisée que chez 2,9% des patients. Le faible taux de réalisation de cet examen pourrait s'expliquer par la non disponibilité de cet examen en routine au sein du CNHU de Cotonou au moment de la période d'étude. Le scanner abdominal et l'UIV n'ont été réalisés respectivement que dans 02,9% et 4,3% des cas ; le coût financier et la non disponibilité permanente du personnel manipulateur pourraient expliquer le faible taux de réalisation de ces examens.

La pathologie cancéreuse de l'arbre urinaire est impliquée dans la survenue de l'hématurie notamment le cancer du rein et de la vessie. Cela a été observé dans notre série. Les manifestations cliniques peuvent être frustes dans le cancer de la prostate et le diagnostic ne se révélera qu'au stade de complications. L'hématurie est du alors aux lésions de l'urothélium provoquées par les cellules néoplasiques. La bilharziose urogénitale est endémique dans de nombreux pays d'Afrique au Sud du Sahara ; cependant elle n'a représentée que 7,2% de notre échantillon ; elle représentait la première cause d'hématurie pour Loo et Wollin (2009). La non réalisation systématique de la cystoscopie et de la biopsie avec examen anatomie pathologique pourrait expliquer cette différence.

Notre étude a surtout montré le nombre élevé de cas d'hématurie au cours de l'hypertrophie bénigne de la prostate décrite comme diagnostic d'exception. La réalisation de l'échographie vésico-prostatique et le dosage du PSA chez les patients porteurs d'hypertrophie bénigne de la prostate nous reconforte dans ce diagnostic. Le traitement médical de l'HBP après irrigation lavage continue de la

vessie et la prescription d'hémostatique ont permis d'arrêter l'hématurie. Après adénomectomie prostatique, nous avons noté une disparition de cette symptomatologie. Néanmoins nous suggérons le suivi régulier de ces patients (réalisation de cystoscopie) ayant présenté une hématurie car une association hypertrophie prostatique et tumeurs de vessie est possible.

Aspects thérapeutiques

Le sondage uréthro-vésical avec lavage irrigation continue de la vessie été le traitement le plus institué. Nos résultats sont en adéquation avec ceux de la littérature (Grossfeld et al., 2001 ; Loo et al., 2009 ; Zellweger, 2010). La cystostomie a été réalisée en cas de contre-indication ou d'impossibilité du sondage uréthro-vésical. La prescription d'hémostatique en administration parentérale et dans la solution d'irrigation a été systématique en cas d'hématurie abondante. Ce protocole de prise en charge a permis de restaurer ou de maintenir l'état hémodynamique de nos patients. De plus, 17,4% de nos patients avait bénéficié d'une transfusion sanguine ; il s'agissait principalement de situation d'instabilité hémodynamique avec ou sans anémie sévère.

A distance, l'adénomectomie prostatique a été l'intervention chirurgicale la plus pratiquée ; cela est lié au grand nombre d'hypertrophie prostatique bénigne retrouvé dans notre série. La mortalité hospitalière était élevée. Trois cas de décès étaient liés à l'abondance de l'hématurie, une part importante de ces décès est due au cancer de la prostate. La pathologie cancéreuse possède une forte mortalité du fait du diagnostic tardif. Le coût financier élevé des molécules utilisées dans le cadre de l'hormonothérapie pour le traitement du cancer de la prostate constitue un obstacle à la prise en charge. La disponibilité de certains traitements tels la chimiothérapie, la radiothérapie ou le traitement au laser aurait pu améliorer le pronostic de certains cancers.

CONCLUSION

L'hématurie macroscopique est un motif fréquent d'hospitalisation dans notre série. Sa gravité réside en l'instabilité hémodynamique qu'elle entraîne. La mortalité hospitalière qui demeure encore élevée milite en faveur de la non banalisation de cette pathologie.

Tous cas d'hématurie doit être prise en charge de façon urgente ; la recherche étiologique s'impose et doit être faite de façon précoce et rigoureuse.

REFERENCES

- Amazigo V, Anago-Amanze C, Okeibunor J. 1997. Urinary schistosomiasis among school children in Nigeria: consequence of indigenous beliefs and water contact activities. *J Biosoc Sci*, **29**(1): 9-18.
- Bobo Diallo A, Bah I, Diallo T M O, Bah O R, Amougou B, Bah MD, Guirassy S, Bobo Diallo M. 2010. Le profil des urgences urologiques au CHU de Conakry, Guinée. *Progrès en urologie*, **20** : 214—218.
- Diao B, Amath T, Fall B, Fall PA, Diémé MJ, Steevy NN, Ndoye AK, Ba M, Mendes V, Diagne BA. 2008. Les cancers de vessie au Sénégal : particularités épidémiologiques, cliniques et histologiques. *Progrès en urologie*, **18** : 445—448.
- El-Bolkainy MN, Ghoneim MA, Mansour MA. 1972. Carcinoma of the bilharzial bladder in Egypt: clinical and pathological features. *Br J Urol*, **44**:561-570.
- El-Bolkainy MN, Mokhtar NM, Ghoneim MA, Hussein MH. 1981. The impact of schistosomiasis on the pathology of bladder carcinoma. *Cancer*, **48**: 2643-2648.
- Fall B, Diao B, Fall P A, Diallo Y, Sow Y, Ondongo A A M, Diagana M, Ndoye A K, Ba M, Diagne B A. 2008. Les urgences urologiques en milieu hospitalier universitaire à Dakar : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. *Progrès en urologie*, **18** : 650—653.
- Gattegno B, Rondeau E. 2000. Hématurie : orientation diagnostique. *Néphrologie – Urologie. Revue du praticien*, **50** : 877-880.
- Grossfeld G, Litwin M, Wolf J. 2001. Evaluation of asymptomatic microscopic hematuria in adults: The American Urological Association best practice policy. *Urology*, **57**: 599—610.
- Loo R, Whittaker J, Rabrenovich V. 2009 . National practice recommendations for hematuria: How to evaluate in the absence of strong evidence? *The Permanente Journal*, **13**(1):37—46.
- Mianne D, Perret JL, Lavilledieu S. 1998. Bilharziose urogénitale. *Encycl Med Chir, Néphrologie-urologie*, **18**-230-A-10, 13p.
- Panneau C, Schffert P, Bohack C. 1992. Epidémiologie du cancer de la vessie. *Annales d'urologie*, **25**(5) : 281-292.
- Sangho H, Dabo A, Coulibaly H, Doumbo O. 2002. Prévalence et perception de la schistosomose en milieu scolaire périurbain de Bamako au Mali. *Bull Soc Pathol Exot*, **95**(4):292-294.
- Shen X. 2010. Diagnostic algorithm for the evaluation of hematuria. *J Am Academy Nurse Pract*, **22**:186-189.
- Wollin T, Laroche B, Psooy K. 2009. Canadian guidelines for the management of asymptomatic microscopic hematuria in adults. *Can Urol Assoc J*, **3**(1):77—80.
- Zellweger T. 2010. Que faire en cas d'hématurie ? *Forum Med Suisse*, **10**(51—52):921—923.