

Hématurie, tumeurs de vessie



Dr LILLAZ Julien

Définition et diagnostic d'une hématurie

Définition

- Présence de globules rouges dans les urines lors de la miction.
- Microscopique :
 - urines claires,
 - GR > 5GR/mm³
- Macroscopique : visible à l'œil nu.
- Signal d'alarme qui nécessite une enquête étiologique.

Diagnostic

- Bandelette réactive :
 - Examen de dépistage
 - Positive si > 5000GR/mL,
 - Sensibilité de 90%
 - Faux positifs :
 - Présence d'hémoglobine, de myoglobine, d'eau de javel
 - Faux négatifs
 - Présence de Vitamine C ou pH<5
- ECBU : confirme le diagnostic

Diagnostic différentiel

- Hémorragie de voisinage :
 - métrorragies, urétrorragies, hémospermie
- Coloration rouge des urines :
 - Alimentaire: betteraves, mures, choux rouge...
 - Médicaments: rifampicine, vit. B12, érythromycine, métronidazole ...
 - Pathologique: myoglobine, porphyrine, plomb, mercure...

- BU > 0 : confirmer par une ECBU.
- L'ECBU affirme la présence d'hématies et élimine donc les diagnostics différentiels.

- L'épisode est résolutif, faut il tout de même réaliser un bilan, pourquoi?
 - Le saignement est rarement grave en soit
 - C'est un signal d'alarme
 - Impose de réaliser une enquête étiologique
 - Rechercher un retentissement de l'hématurie (saignement chronique)
 - Fonctionnel : asthénie, dyspnée, troubles de la conscience
 - Clinique: hypotension, tachycardie, tachypnée, pâleur cutanéomuqueuse
 - Para clinique: troubles de l'hémostase, anémie ferriprive, ischémie tissulaire (IDM, décompensation d'une ACOMI, ischémie mésentérique...)

Sujet âgé

- Facteurs favorisants HM :
 - HBP.
 - Cancer de prostate associé ?
 - ATCD radiothérapie pelvienne.
 - Kardegic, Plavix, AVK (surdosage).
 - Sonde vésicale.
 - Episodes infectieux fréquents.
- HM et Anticoagulants :
 - Les anticoagulants ne font que révéler une lésion existante.
 - A explorer même en cas de surdosage en AVK.

- Le contexte clinique peut orienter le diagnostic:
 - **Contexte traumatique** à rechercher
 - **Origine néphrologique**: absence de caillots, HU totale, OMI, HTA, protéinurie importante, surdité (Sd d'Alport)
 - **Calculs**: découverte fortuite ou coliques néphrétiques
 - **Tumeurs du rein**: découverte fortuite ou devant une altération de l'état général, une phlébite, un varicocèle, un contact lombaire, un syndrome paranéoplasique...
 - **Tumeurs urothéliales**: asymptomatiques ou signes irritatifs urinaires, contexte d'exposition au tabac ou à des carcinogènes industriels
 - **Infections**: signes irritatifs urinaires, notion de troubles mictionnels, de voyages (bilharziose...)
- Mais un bilan complémentaire doit compléter l'interrogatoire et l'examen clinique

Quelles sont les principales étiologies d'hématurie?

- Tumeurs rénales
- Tumeurs urothéliales
- Infections urinaires
- Calculs urinaires
- Traumatismes de l'appareil urinaire
- Néphropathies, glomérulonéphrites
- Affections hémorragiques

Quels examens complémentaires réalisez vous?

Examens biologiques

- ECBU:
 - objective l'hématurie, recherche une infection, peut mettre en évidence la présence de cylindres hématiques.
- Créatininémie
- PSA
 - Cancer prostatique ?
- Protéinurie des 24 heures
 - PU: atteinte glomérulaire
- Cytologies urinaires
 - À la recherche de cellules néoplasiques

Examens morphologiques

- Échographie + ASP
 - Repérer, un calcul, une tumeur rénale, vésicale, une dilatation des voies excrétrices, volume prostatique, aspect fin ou épaissi de la paroi vésicale
 - Opérateur dépendant
- Ou mieux: uroscanner
- Endoscopie vésicale ou cystoscopie
 - Permet de rechercher une tumeur vésicale, d'évaluer l'aspect sténosant ou inflammatoire de la prostate

échographie

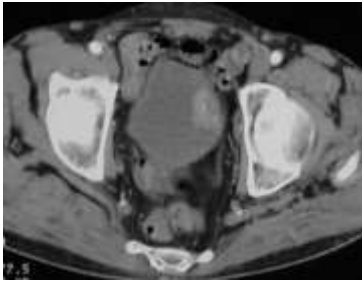


UIV

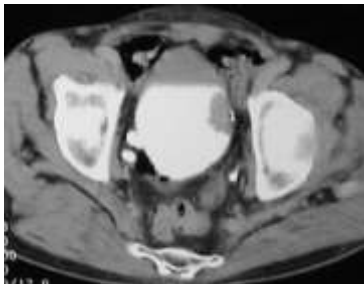
Image de soustraction
Intra-vésicale
Pas d'anomalie du haut
apparei



Uroscanner



Uroscanner



Diagnostic et CAT

- Tumeur de vessie
- Probablement tumeur urothéliale
 - Urothéliales: 90%
 - Tumeurs malpighiennes ou adénocarcinome: 10%
- Résection endoscopique
- Sous anesthésie générale ou loco-régionale, au bloc opératoire
- Résection complète pour examen anatomopathologique (but diagnostic et thérapeutique)

Tumeur de vessie

- Données épidémiologiques:
 - Sexe masculin (sexe ratio 3/1)
 - Âge supérieur à 50 ans
- Signes cliniques
 - Présence de signes irritatifs vésicaux
 - Hématurie
 - Lésions métastatiques inaugurales +++

- Le cancer de vessie est le quatrième cancer chez l'homme, le huitième chez la femme
- Facteurs de risque:
 - Tabac
 - Carcinogènes industriels (amines aromatiques)
 - Bilharziose urinaire (carcinome épidermoïde)
 - Irritation vésicale chronique (sondage à demeure, cystite radique, cystite à l'endoxan)
 - Extrophie vésicale

Clinique

- Asymptomatique
- Épisode d'hématurie macroscopique
- Signes irritatifs vésicaux
 - Pollakiurie
 - urgenturie
- Cystites à répétition
- Signes tardifs d'évolution
 - Locale (blindage pelvien, signes de compression nerveuse, TVP, urétérohydronéphrose et insuffisance rénale...)
 - Générale (métastases osseuses, hépatiques...)

Classification: types histologiques

- Carcinome à cellules transitionnelles ou tumeur urothéliale: 90%
- Autres:
 - Carcinome malpighien (épidermoïde)
 - Adénocarcinome
 - Carcinome indifférencié

Grade histopronostic

- Classification pronostique
- Fonction de données histopathologiques (architecture tumorale, caractéristiques cytoplasmiques et nucléaires)
- Bas grade / haut grade

Stade tumoral

- Tumeurs superficielle: pas d'atteinte de la musculuse: TVNIM (80% des cas)
 - pTa: tumeur de l'épithélium ne franchissant pas la membrane basale
 - pT1: tumeur atteignant le chorion
- Tumeur infiltrante: TVIM (20% des cas)
 - pT2: atteinte de la musculuse
 - superficielle: pT2a
 - Profonde: pT2b
 - pT3: atteinte de la graisse péri-vésicale
 - pT4a: atteinte d'un organe de voisinage
 - pT4b: tumeur fixée à la paroi pelvienne

GRADE TUMORAL

- Analyse du degré de différenciation de la TV.
- Tumeurs classée en grades d'intérêt pronostic.
- Classification OMS :
 - Bas grade : tumeur bien différenciée.
 - Haut grade : moyennement ou peu différenciée.
- A infiltration égale, le potentiel évolutif est plus important lorsque le grade tumoral d'élève.

Facteurs pronostiques

- TVNS :
 - Risques de récidive et de progression.
 - Survie spécifique : 80% à 5 ans, 70% à 10 ans.
- TVIM :
 - Risque de décès majeur par évolution métastatique.
 - Pronostic péjoratif en cas d'atteinte ganglionnaire ou métastatique.
 - Survie à 1 an en cas d'atteinte ganglionnaire vs 9 ans si ganglions épargnés.

Classification des tumeurs superficielles de vessie

- Bas risque
 - Ta bas grade unique <3cm
 - Ta bas grade non récidivante à 3 mois
- Risque intermédiaire
 - Ta bas grade multifocale
 - Ta multi-récidivante
 - T1 bas grade non récidivant
- Haut risque
 - Ta, T1 haut grade
 - CIS diffus
 - T1 multifocal
 - T1 récidivant

Bilan d'extension

- TDM TAP :
 - Recherche des ADP ilio-obturatrices, un envahissement des organes de voisinage, une atteinte hépatique, un retentissement sur le haut appareil, une atteinte pulmonaire.
 - Indications :
 - pT1 : recommandé.
 - pT2-3-4 : indispensable.
- Scinti os : si signes d'appel.

Traitement des Tumeurs superficielles

- RTUV
- Suppression des facteurs de risque
- Risques intermédiaires et haut risque:
 - Instillation endovésicales de Mitomycine C (chimiothérapie endovésicale) ou
 - Instillations endovésicales de BCG (immunothérapie) ou BCG thérapie
- Surveillance prolongée
- BCG CI si > 75 ans

Surveillance après thérapie

- Prolongée +++
- Examens principaux :
 - Cytologies urinaires.
 - Echographie appareil urinaire.
 - Fibroscopie sous AL.
- Il faut vérifier l'intégrité du haut appareil urinaire au minimum tous les 2 ans.

Traitement des tumeurs infiltrantes

- Traitement chirurgical :ttt de référence
 - Cystoprostatectomie chez l'homme
 - Pelvectomie antérieure chez la femme
- Chimiothérapie néo adjuvante :
 - A base de Cisplatine – gemzar.
 - Nécessite une bonne fonction rénale et cardiaque.
- Radiochimiothérapie
 - Pour les patients non opérables

- Chimiothérapie seule : pour les patients métastatiques.

- Dérivation des urines après chirurgie :
 - Urétérostomie cutanée
 - Urétérostomie cutanée trans-iléale (Bricker)
 - Entérocystoplastie
