

**Avertissement** : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 8 mars 2016

Hôpital cantonal de Genève

## Utilité de l'analyse urinaire et de la biopsie rénale dans la prise en charge néphrologique

Prof. P.Y. Martin

On va parler de l'hématurie, de la protéinurie, du syndrome néphrotique (SN) et de la glomérulonéphrite rapidement progressive (GNRP).

On ne parlera ni de la leucocyturie, ni de l'étude des cylindres urinaires, ni de celle des cristaux, ni du pH, ni des défauts de la concentration des urines...

La microhématurie asymptomatique a une prévalence entre 0.9 et 18% dans la population.

Le risque d'avoir une néoplasie occulte est faible (entre 0.5 et 5%) mais il s'élève dans les sous-groupes à risque (7-20%).

Les sous-groupes à risque sont les hommes de plus de 50 ans, les fumeurs, ceux qui sont ou ont été en contact avec des colorants ou des produits chimiques, ceux qui ont abusé d'analgésiques, ceux qui ont un antécédent de macrohématurie, et ceux avec des antécédents urologiques.

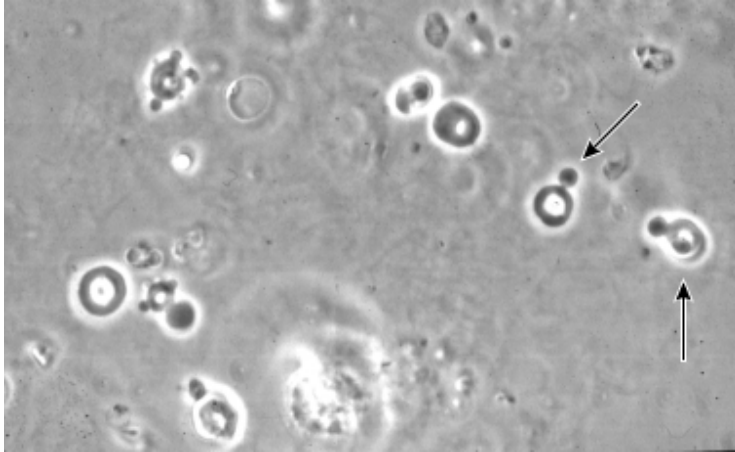
Dans le papier ci-dessous, l'auteur recommande

- s'enquérir d'antéc. de macrohématurie
- ne pas faire de screening urinaire de routine comme dépistage de néoplasies
- si microhématurie décelée, confirmer lors de 2<sup>e</sup> examen.
- référer à urologue tout patient avec antécédent de macrohématurie
- considérer avis urologique ou imagerie si microhématurie persistante en l'absence de cause bénigne (??)
- ne pas renoncer à investiguer si prise d'antiagrégants ou anticoagulants
- ne pas faire de cytologie urinaire ou rechercher des biomarqueurs urinaires dans l'évaluation initiale d'une microhématurie

(Hematuria as a Marker of Occult Urinary Tract Cancer: Advice for High-Value Care From the American College of Physicians. [Nielsen M](#), [Ann Intern Med.](#) 2016 Jan 26. )

Avec un microscope à contraste de phase, les globules rouges urinaires sont dysmorphiques s'ils sont d'origine glomérulaires, contrairement à ceux d'origine non glomérulaire...

Cf l'image ci dessous tirée d' « Up to date... »



Phase contrast microscopy showing dysmorphic red cells in a patient with glomerular bleeding. Acanthocytes can be recognized as ring forms with vesicle-shaped protrusions (arrows).

*Courtesy of Hans Köhler, MD.*

Graphic 79440 Version 3.0

Lors d'hématurie non glomérulaire, on pensera plutôt urologique et néoplasique...  
Lors d'hématurie glomérulaire, on pensera HTA, protéinurie, insuffisance rénale dans l'idée d'une néphropathie. Lors de signes extra rénaux associés, comme la surdité on pensera syndrome d'Alport p.ex., sinon on s'orientera vers un GN   IgA (maladie de Berger), ou néphropathie à membranes basales fines (TBMN).



( a c'est pour la maladie de Berger...à est l'intrus ?)

D'après d'autres auteurs (Calan, 2015) on réfère à l'urologue si :

- macrohématurie asymptomatique
- microhématurie avec symptômes

- persistance de microhématurie après 40 ans

et on réfère au néphrologue si :

- microhématurie avec insuffisance rénale, HTA et/ou protéinurie
- ou si maladie respiratoire concomitante (Goodpasture)
- ou anamnèse familiale ....

Pour la protéinurie...y en a aussi tout un catalogue...

La protéinurie transitoire, la protéinurie persistante orthostatique chez les ados, la protéinurie persistante glomérulaire signant une atteinte glomérulaire, la protéinurie persistante tubulaire, la protéinurie de surcharge (myélome) et la protéinurie post-rénale...

La protéinurie de 24 hres ça ne se fait plus...maintenant le trend c'est le rapport protéine/créatinine sur un spot urinaire (ou le rapport albumine/créatinine)...si on multiplie ce rapport par 10 on trouve en gros la protéinurie de 24 hres...

Le rapport prot/créat est un bon marqueur de l'efficacité d'un traitement hypotenseur par exemple...c'est aussi un élément majeur de l'évaluation de la gravité de l'atteinte rénale...le degré de la protéinurie a un poids énorme sur le pronostic...

Lorsque la protéinurie dépasse 3g/24hres, on est face à un syndrome néphrotique et la biopsie rénale s'impose pour faire la différence entre une GN membraneuse, une hyalinose segmentaire et focale ou une minimal change GN...

Quand faire une biopsie rénale... ??

Dans un papier de 2008 (Lopez Gomez ) la biopsie était motivée par un syndrome néphrotique dans 37% des cas, une anomalie urinaire dans 22%, une insuffisance rénale aiguë dans 17%, une insuffisance rénale chronique dans 12%...(pas eu le temps de noter les 12% manquants...).

Les contre-indications à la biopsie restent les diathèses hémorragiques, la prise d'anticoagulants, et une HTA non contrôlée...

Les complications hémorragiques mineures sont de 3.5%, les hémorragies majeures nécessitant transfusion (0.9%), intervention chir. (0.6%), une néphrectomie (0.01%), une désobstruction de la vessie (0.3%), un décès (0.02%).

Dans un papier à propos des insuff. rénales aiguës de l'adulte « Etiologies and outcome of acute renal insufficiency in older adults: A renal biopsy study of 259 cases [Mark Haas http://dx.doi.org/10.1016/S0272-6386\(00\)70196-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-6386(00)70196-X) », l'auteur retrouve 31.2% de GN à lésions mimiques, et 18.6% de néphrite interstitielle aiguë...

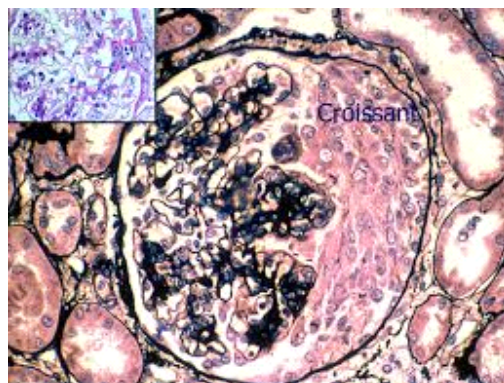
Dans ce papier... « Knowledge of renal histology alters patient management in over 40% of case [Richards NT, Nephrol Dial Transplant. 1994;9\(9\):1255-9.](#) »...la biopsie a influencé la prise en charge de 86% des patients avec un syndrome néphrotique, 71% des insuffisances rénales aiguës et 45% des insuffisances rénales chroniques...et seulement de 12% des protéinuries non néphrotiques, et 3% des hématuries glomérulaires...

Aux HUG...l'indication principale à la biopsie sont les syndromes néphrotiques et les syndromes néphritiques ou GN aiguë...ou les insuffisances rénales aiguës inexpliquées...ou les myélomes avec protéinurie...

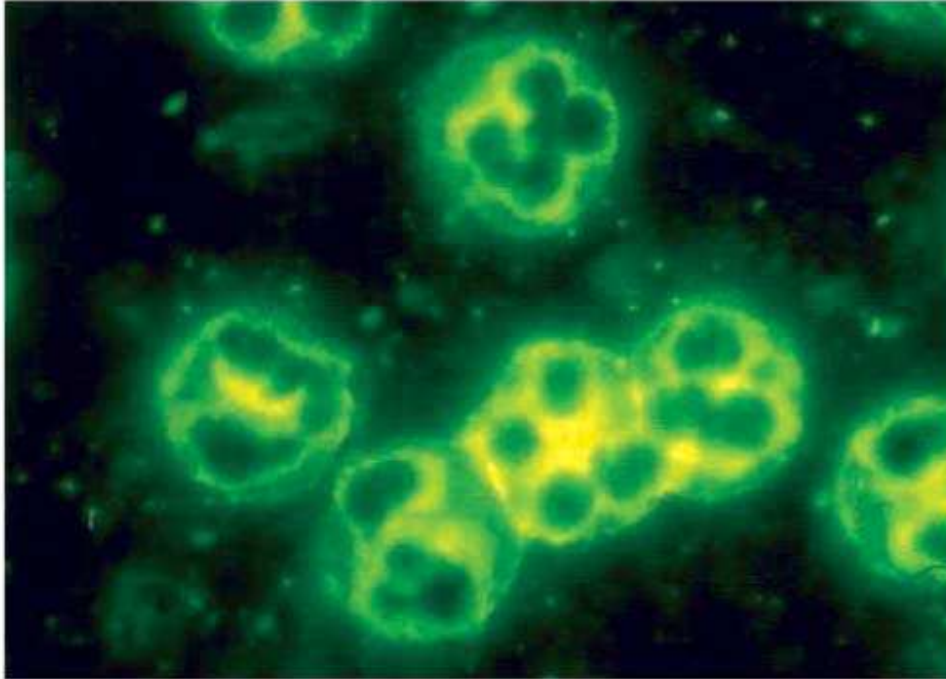
Le **syndrome néphritique** (ou SNA) est une maladie des [reins](#) causée par l'inflammation des [glomérules](#), entraînant un passage des [protéines](#) et des globules rouges ([hématies](#)) du [sang](#) dans les [urines](#), une poussée d'[hypertension artérielle](#), et souvent une [insuffisance rénale aiguë](#). Il s'installe brutalement et régresse souvent rapidement.) (Wiki)

On souligne la gravité de la GNRP (Glomérulonéphrite rapidement progressive) et la nécessité d'évaluer rapidement la situation...afin de mettre en route plasmaphérèse, stéroïdes et Endoxan selon les besoins....

formation de croissants... ?



anticorps antimembrane basale (synd. de Goodpasture)?



Pour conclure on rappellera que l'analyse d'urine est obligatoire, qu'elle permet de poser l'indication à une biopsie rénale, que la protéinurie reste le signe le plus utile, et que la GNRP est un syndrome à ne pas rater...



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan  
[ericbdh@bluewin.ch](mailto:ericbdh@bluewin.ch)

transmis par le laboratoire MGD  
[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)