

CYSTITE HÉMORRAGIQUE

CONTEXTE

Terrain favorisant : Traitement par les moutardes azotées (e.g. cyclophosphamide, ifosfamide). Cystite bactérienne banale, déshydratation, radiothérapie locale associée, posologie élevée de traitement imputable, certains conditionnements, thrombopénie.

Classe thérapeutique : oxaphosphorines (cyclophosphamide, ifosfamide)

Mécanisme d'action : L'acroléine (métabolite des oxaphosphorines) est éliminée par voie urinaire. L'acroléine est urotoxique, provoquant précocement un œdème, une infiltration leucocytaire et une hyperhémie de la muqueuse urothéliale. Après 36 heures, une hyperplasie muqueuse et une prolifération papillaire apparaissent, pouvant évoluer vers l'ulcération, l'hémorragie et la nécrose.

DIAGNOSTIC

Signes cliniques : hématurie initialement stérile avec saignements diffus de la muqueuse vésicale possiblement associée à une dysurie, une pollakiurie, des impériosités mictionnelles et à un caillottage vésical avec rétention aigue d'urines

Histoire naturelle : (Délai d'apparition, Durée, Récurrence) :

Le grade 1 est observé chez 94% des patients, les autres grades chez 2 à 40% selon les publications et jusqu'à 70% pour les posologies élevées.

Apparition précoce en 1 à 3 jours (possible jusqu'à 10 jours) après la perfusion, possible dès la première administration. Persistance des symptômes jusqu'à 10-14 jours. Réversible à l'arrêt du traitement, mais récurrence à la réinstauraton.

Grading de sévérité :

- **Grade 1 :** hématurie microscopique associée à une symptomatologie clinique
- **Grade 2 :** hématurie macroscopique modérée, pollakiurie, dysurie, incontinence urinaire
- **Grade 3 :** hématurie macroscopique majeure, pollakiurie et dysurie sévères. Indication de transfusion et d'irrigation vésicale.
- **Grade 4 :** hémorragie catastrophique, indication d'intervention urgente

Complications propre : hémorragie sévère voir massive avec choc hémorragique, colonisation bactérienne secondaire

PRISE EN CHARGE

Traitement symptomatique :

Cystite hémorragique avérée :

- Irrigation vésicale continue au sérum physiologique
- Décaillottage par la sonde urinaire si nécessaire
- En cas de récurrence, décaillottage vésicale par voie endoscopique sous anesthésie au bloc opératoire. Si nécessaire : y associer une électrocoagulation élective des zones hémorragiques ou une pancoagulation de la muqueuse vésicale.
- Il est également possible de proposer Instillation vésicale après cystoscopie, éventuellement sous anesthésie, de solutions de formol dilué, de nitrate d'argent ou d'alun.

- En cas d'inefficacité : sonde urétérale ou néphrostomie percutanée pour isoler la vessie du flux urinaire. En cas d'hémorragie massive mettant en jeu le pronostic vital : cystectomie d'hémostase.

Traitement étiologique (nécessité de modifier, suspendre ou d'arrêter le Traitement selon le grade) :
arrêter le traitement jusqu'à normalisation des symptômes

Mesures préventives :

Maintien d'une diurèse importante (au moins 200ml /h) lors de la cure.

Uromitexan (antidote de l'acroléine, protecteur vésical) en perfusion iv ou per os obligatoire en prévention pour les fortes doses d'oxazosphorine (> 600mg/m²) ou en cas de radiothérapie associée :

Posologie à adapter : de 60 à 100% de la dose d'oxaphosphorine

Répartis en : 1/3 tiers de la dose journalière 15 minutes avant la perfusion, un second tiers à H4, et le dernier tiers à H8, ou en perfusion continue de 15 minutes avant la perfusion et jusqu'à 8 à 12h après.