

Stratégie Nationale de Développement des Urgences

Référentiels en Médecine d'urgence

**PRISE EN CHARGE DES
COLIQUES NEPHRETIQUES AUX URGENCES**

Points de repère

- La douleur de la colique néphrétique (CN) résulte de la mise en tension brutale de la voie excrétrice du haut appareil urinaire suite à un obstacle. Celui-ci est de **nature lithiasique dans environ 80%** des cas.
- La CN est fréquente comme motif de consultation en urgence. Aux urgences de l'hôpital de Ben Arous, elle représente **20% des motifs d'admission** dans une unité d'observation de courte durée.
- La démarche diagnostique doit éliminer des **diagnostics différentiels** urgents comme une dissection aiguë de l'aorte abdominale ou une grossesse extra utérine.
- La CN se présente sous deux formes cliniques : simples et compliquées.
- **La CN simple**, représente plus de 90% des cas, la présentation clinique est typique et la prise en charge en urgence se résume au traitement antalgique. Le recours à l'imagerie sera différé de 12 à 24 heures (figure 1).
- **La CN compliquée** est diagnostiquée soit à cause de la présence de **signes de gravité** (fièvre, oligurie, crise hyperalgique), ou en raison du **terrain** sur lequel elle survient (grossesse, insuffisance rénale). **Imagerie en urgence, avis spécialisé et hospitalisation** sont souvent requis (figure 1).
- Le couple abdomen sans préparation (**ASP**) – **échographie** est proposé de première intention dans la CN simple. L'UIV et l'ASP isolé ne sont pas indiqués.
- Au cours de la CN compliquée, le meilleur examen qui permet une certitude diagnostique est le **scanner spiralé** sans injection. Faute de pouvoir disposer de cet examen, l'alternative est représentée par le couple ASP- échographie
- La douleur de la CN impose une prise en charge immédiate. Le traitement antalgique repose sur **les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)**. Au cas où l'utilisation des AINS n'est pas possible (indisponibilité ou contre-indication), **le paracétamol** par voie IV est efficace. Il faut toujours vérifier l'absence de **contre-indications** à ces antalgiques (figure 2).
- **La morphine en titration**, par voie intraveineuse, est introduite en cas d'échec du traitement antalgique initial. Elle peut également être utilisée de première intention en cas de contre-indications aux AINS ou de crise douloureuse très intense. **Une surveillance** de la **fréquence respiratoire** et de **l'état de vigilance** est requise selon un protocole préétabli (figure 3).
- L'évaluation de la douleur par **l'échelle visuelle analogique (EVA)** permet une adaptation du traitement antalgique à l'intensité de la douleur.

APPROCHE CLINIQUE

- **Colique néphrétique simple :**
 - Patient jeune, indemne d'affections sous-jacentes.
 - Douleur **BRUTALE** et intense.
 - **UNILATERALE**, lombaire ou lombo-abdominale.
 - Irradiation antérieure, vers la fosse iliaque et les organes génitaux externes.
 - **SOULAGEE** par le traitement antalgique.
 - Il peut exister des signes digestifs (nausées, vomissements et constipation), des signes urinaires (dysurie, pollakiurie et impériosité) et des signes généraux (agitation, anxiété).
 - **LA FIEVRE EST ABSENTE.**
- **Colique néphrétique compliquée :**
 - En présence de **signes de gravité** : fièvre, crise hyperalgique (résiste au traitement notamment morphinique) ou oligoanurique.
 - En présence **d'un terrain**: femme enceinte, insuffisant rénal, rein unique.
- **Diagnostic différentiels de la CN lithiasique** : ces diagnostics justifient le recours aux examens complémentaires en urgence (tableau 1).

Tableau 1. Diagnostics différentiels de la CN lithiasique.

Affections urologiques non lithiasiques	Affections non urologiques
Pyélonéphrite aiguë	Fissuration d'anévrysme de l'aorte
Tumeurs rénales et des voies urinaires	Diverticulite
Infarctus rénaux	Nécrose ischémique du cæcum
	Torsion de kyste ovarien
	Grossesse extra utérine
	Appendicite
	Colique biliaire
	Ulcère gastrique
	Pneumonie
	Arthrose lombaire

EXAMENS D'IMAGERIE EN URGENCE

- **Les objectifs** de l'imagerie sont :
 - Affirmer **le diagnostic** : dilatation de la voie excrétrice et visualisation de la lithiase.
 - Evaluer **la gravité** : rein unique, urinome.
 - Préciser **les chances d'expulsion spontanée du calcul** (++ si diamètre < à 6 mm ; si diamètre > 6 mm et calcul logé dans le haut appareil: discuter la **lithotripsie**, car calcul plus accessible dans cette localisation).

- Le type d'imagerie dépend de la forme clinique (tableau 2) :

Tableau 2. Examens d'imagerie adaptés à la forme clinique.

Forme clinique	Examens d'imagerie
CN simple	Couple ASP – échographie
CN compliquée	
Fébrile	Scanner spiralé (1 ^{er} choix) Si pas disponible : ASP – échographie
Femme enceinte	Echographie
Insuffisant rénal	Scanner spiralé (1 ^{er} choix) Si pas disponible ASP – échographie

STRATEGIE D'HOSPITALISATION ET D'ORIENTATION (figure 1)

L'hospitalisation est indiquée :

- en **urologie** en cas de complications (tableau 3).
- en **gynécologie obstétrique** en cas de grossesse.
- Dans l'**unité d'observation des urgences** en cas de CN simple insuffisamment soulagée. Les éléments de surveillance sont :
 - Pouls, pression artérielle, température
 - Diurèse
 - Evaluation de la douleur par EVA
 - Surveillance des effets secondaires des morphiniques

Tableau 3. Indications d'un avis urologique.

CN compliquée

Fébrile

Rupture de la voie excrétrice

Insuffisance rénale aiguë obstructive

CN hyperalgique

CN sur terrain particulier

Insuffisance rénale et uropathie sous jacente

Rein unique fonctionnel et anatomique

Grossesse

Rein transplanté

Facteurs de gravité lié au calcul

Diamètre \geq à 6 mm

Calculs bilatéraux

Empierrement de la voie excrétrice après lithotripsie extracorporelle

Retour à **domicile**:

- CN simple avec un score EVA $<$ 30 mm.
- Au moins 2 à 4 heures après une éventuelle injection de morphine.
- Tester l'aptitude à la rue : absence de troubles digestifs, capable d'uriner, de déambuler sans aide.
- Consignes à la sortie, **consulter en urgence** en cas de :
 - Fièvre \geq 38°C
 - Frissons, vomissements, récurrence de la douleur
 - Malaise
 - Urines rouges, oligurie

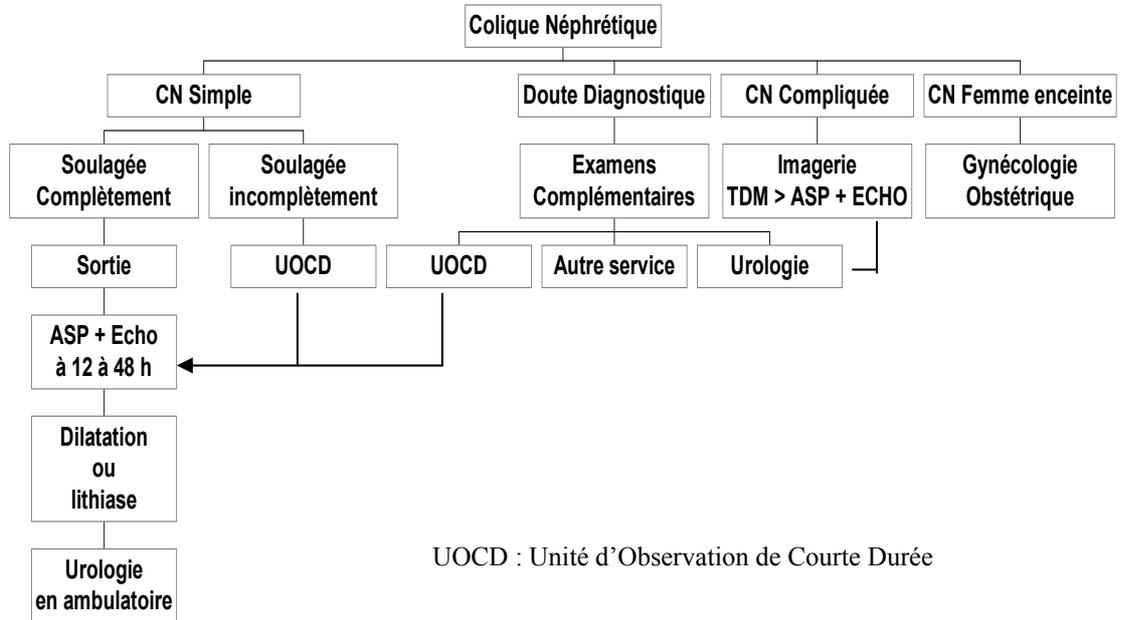


Figure 1. Stratégie d'hospitalisation et d'orientation.

TRAITEMENT ANTALGIQUE

AUX URGENCES :

Traitement de première intention : (figure 2)

- **Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)** : Vérifier l'absence de contre-indications (tableau 4).
 - **Premier choix : Kétoprofène IM** (Profénid[®] ou Flexen[®] Ampoule à 100 mg), ou **Diclofénac IM** (Diclogésic[®] ou Dicloream[®] Ampoule à 75 mg). Efficacité antalgique dès 15^{ème} à 20^{ème} min après injection IM.
 - **Autre choix : Piroxicam IM** (Feldène[®] ou Piroxen[®] ou Roxam[®] Ampoule à 20 mg). Efficacité antalgique différée jusqu'à 30 à 45 min après injection IM
- **Paracétamol IV** en perfusion sur 15 min (Perfalgan[®] flacon à 100 mL = 1g de paracétamol) :
 - à la place des AINS si ces derniers sont contre-indiqués.
 - Ou en association avec le kétoprofène ou le diclofénac en cas de douleur intense (EVA > 70 mm).

Tableau 4. Contre-indications respectives des AINS et du paracétamol.

AINS	Paracétamol
Femme enceinte	Insuffisance hépatique
Asthme	Ethylisme chronique
Insuffisance rénale	Allergie au paracétamol
Insuffisance hépatocellulaire	
Ulcère gastroduodéal	
Hypovolémie	
Troubles de l'hémostase	

Traitement en cas de crise résistante au traitement de 1^{ère} intention (EVA >30 mm sous traitement antalgique) :

- Chlorhydrate de **morphine** en **titration IV** (figure 3): (Amp à 1 mL =10 mg de morphine + 9 mL de sérum physiologique : **1 mL = 1 mg de morphine**).
- Titration:** injection IV de 2 mL (2 mg) toutes les 3 minutes, si EVA demeure > 70 mm ; ou d'1 mL (1 mg) si [30 mm < EVA < 70 mm] ou âge > à 60 ans.
- Surveiller** avant chaque injection de morphine : **la fréquence respiratoire** (> 10 cycles/min), **l'état neurologique** (malade éveillé) et l'état hémodynamique (**PA systolique > 100 mmHg**).
- La dose efficace** est proche de 0,1 mg/kg toutes les 4 heures.
- Injection IV de 10 mg de **métoclopramide** (Primpéran[®] avant de commencer la titration).
- Maintenir le patient sous **surveillance** au moins pendant **3 heures** après la dernière injection de morphine.

CN sur terrain particulier :

- Femme enceinte ou insuffisant rénal:
 - AINS contre-indiqués.
 - Paracétamol ou morphine (adaptation des doses en cas d'insuffisance rénale).

TRAITEMENT APRES RETOUR AU DOMICILE :

- Kétoprofène ou Diclofénac : 50 mg per os x 3 /j pendant 7 jours.
- En cas de contre-indications aux AINS : Paracétamol + dextropropoxyphène ou codéine.
- Boire normalement (éviter l'hyperhydratation).

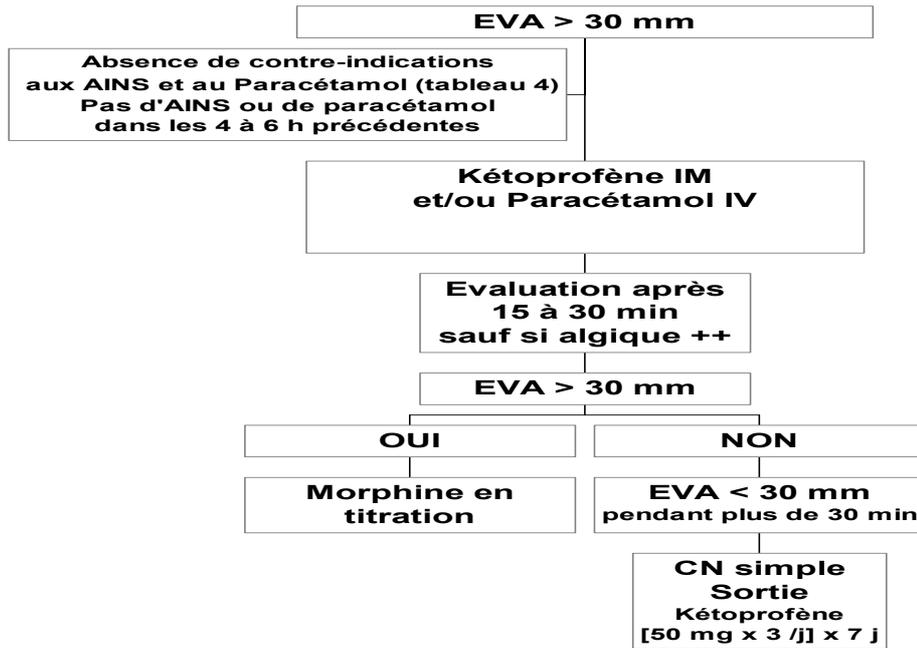


Figure 2. Traitement antalgique de première intention.

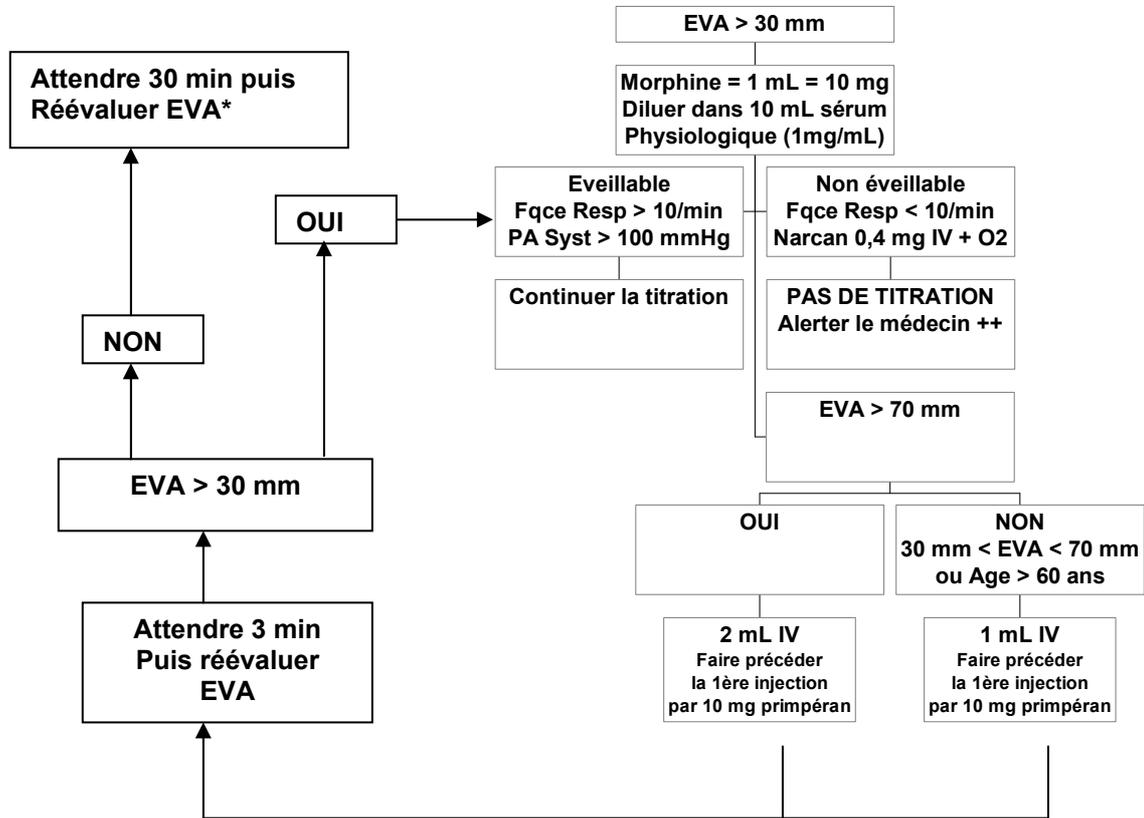


Figure 3. Chlorhydrate de morphine en titration intraveineuse.

*Réévaluer l'EVA à 30 minutes : si EVA > 30 mm, reprendre la morphine en titration après vérification du rythme respiratoire et de l'état neurologique et hémodynamique; si EVA < 30 mm, envisager le sortie du patient sous AINS. Respecter un délai de 3 heures par rapport à la dernière injection de morphine.

Ce référentiel a été élaboré par le Ministère de la Santé publique :

sous la direction de monsieur le Pr. Habib Achour, Directeur Général de la Santé,

Coordination : Dr Naoufel Somrani et Dr Henda Chebbi (unité de la médecine d'urgence)

Comité Scientifique : Président : Dr Fekri Abroug ; Membres : Dr Béchir Bouhaja, Dr Hafedh Thabet, Dr Moncef Yaacoub, Dr Nabil Ben Salah, Dr Souheil El Atrous, Dr Sémir Nouira,

Comité de rédaction : Dr Riadh Ben Slama, Dr Béchir Bouhajja, Dr Sami Souissi, Dr Faouzi Tanazekhti,

Ce Référentiel a été **validé** lors d'un séminaire avec la participation de : Dr Abdelaziz Ellili, Dr Abdelhamid Trabelsi, Dr Afif Boussetta, Dr Anis Chétoui, Dr Bouraoui Hmila, Dr Habib Haguiga, Dr Kaouther Charbaji, Dr Rafik Boujdaria, Dr Majed Zemni, Dr Mamoun Ben Cheikh, Dr Mohamed Houissa, Dr Nabil Ben Salah, Dr Noureddine Rekik, Dr Salah Bellakhal, Mme Sarra Chemli, Dr Sonia Ben Khélifa, Dr Zeineb Saoud.