

COLIQUE NEPHRETIQUE : QUAND APPELER L'UROLOGUE ? PLACE DE L'ECHOGRAPHIE ?

Docteur Clarisse MAZZOLA

Praticien Hospitalier

Service de chirurgie urologique

GHSR Saint Pierre

5 questions

1. Fréquence et signes cliniques
2. Prise en charge thérapeutique initiale
3. Indications des examens d'imagerie en urgence
4. Traitements urologiques spécifiques
5. Stratégies d'hospitalisation et d'orientation

1. Fréquence et signes cliniques

Définition : syndrome douloureux lombo-abdominal aigu résultant de la mise en tension brutale de la voie excrétrice du HAU en amont d'une obstruction, quelle qu'en soit la cause

Epidémiologie : 1 à 2% des entrées en SU

Surtout homme de 20-60 ans

Pays occident.++ (EU : 13%, Europe : 5-9%, pic : Arabie Saoudite : 20%)

Incidence : 1500-2000 / 1M d'hab.

Type de calculs : oxalo-calcique 70%, urique 25%

1. Fréquence et signes cliniques

Signes cliniques typiques

Recommandations : bandelette urinaire (hématurie, leuco-nitrites => ECBU), créatinine

Les CN compliquées : <6% => AVIS URO

- liées au terrain : grossesse, IRC, transplanté, rein unique, uropathie connue, HIV sous Indinavir
- signes de gravité : infection, oligo-anurie, résistant au traitement antalgique

1. Fréquence et signes cliniques

Diagnostiques différentiels de la CNA

Affections urologiques non lithiasiques	Affections non urologiques
Pyélonéphrite aiguë	Fissuration d'anévrisme de l'aorte
Tumeur des voies urinaires	Diverticulite
Infarctus rénal	Nécrose ischémique caecum, infarctus méésentère
	Torsion de kyste ovarien, GEU
	Appendicite
	Colite biliaire
	Ulcère gastrique
	Pneumonie
	Arthrose lombaire, sciatalgie

2. Prise en charge thérapeutique initiale

Recommandations :

- Restriction hydrique et hyperhydratation !
- Utilisation des AINS par voie IV en respectant les CI...
- Si douleur ++ : Morphiniques en association d'emblée,
- Si douleur résistante à l'association : vérifier les doses avant de parler de CN hyperalgique,
- Si douleur intense et CI à AINS : morphinique en 1^{ère} intention,
- Si douleur modérée : antalgique non morphinique en association avec AINS,
- Ne pas interrompre le traitement au cours du nycthémère.

2. Prise en charge thérapeutique initiale

Cas particuliers :

- Femme enceinte : AINS sont CI au 3^{ème} trimestre, Paracétamol et morphiniques en deh. du travail
- Insuffisant rénal : AINS sont CI, Paracétamol et morphiniques à adapter

Thérapeutiques :

- Le Kétoprofène : seul AINS à avoir l'AMM pour la CN
Posologie : 100mg en IV lente au max 3 fois/jour
- La Morphine titrée intraveineuse en cas de non réponse au traitement initial (ou en association)

3. Indications des examens d'imagerie en urgence

Objectifs :

- Affirmer le diagnostic (éliminer les diagnostics différentiels) en **objectivant la dilatation** de la VES et en reconnaissant la nature lithiasique de l'obstacle,
- En évaluer la gravité (rein unique, urinome),
- De préciser les chances d'expulsion spontanée du calcul (si < 5 mm),

3. Indications des examens d'imagerie en urgence

- L'ASP : mauvaises sensibilité (45-58%) et spécificité (60-77%) dans la mise en évidence de la lithiase (intérêt dans le suivi) => à coupler avec :
- L'échographie : à privilégier si grossesse et chez l'IR, bonne spécificité pour la **lithiase** (97%), mauvaise sensibilité pour l'uretère (11-24%), examen de choix pour détecter la **dilatation** (qui peut être retardée dans 30% des cas)

3. Indications des examens d'imagerie en urgence

- Le scanner non injecté : visualise toute lithiase, la dilatation rénale, un urinome (spécificité : 100%, sensibilité : 96%),
 - ° permet de prédire la forte probab. d'échec de la LEC si densité >1000 , la nature urique si densité <300
 - ° absence d'info sur le degré d'obstruction.
- L'UIV : remplacée par le scanner (+/- injecté).
- L'IRM : intérêt dans cas particuliers : IR, grossesse..., mais pb de disponibilité en urgence !

3. Indications des examens d'imagerie en urgence

- Indications des examens :
 - CN simple : couple ASP-échographie ou scanner abdo-pelvien non injecté,
 - CN compliquée : scanner sans injection
 - Cas particuliers :
 - ° grossesse : échographie
 - ° IR : scanner sans injection
 - Doute diagnostique : scanner sans injection + injection si nécessaire (à préciser sur la demande)

4. Indications des traitements urologiques spécifiques

Les 3 circonstances nécessitant un avis urologique :

1. La CN compliquée
2. Le terrain particulier
3. La présence de facteurs de gravité liés au calcul

4. Indications des traitements urologiques spécifiques

1. La CN compliquée

- = CN FEBRILE**
- = CN HYPERALGIQUE**
- = RUPTURE DE LA VOIE EXCRETRICE**
- = IR AIGUE OBSTRUCTIVE**

4. Indications des traitements urologiques spécifiques

2. Le terrain particulier

= une grossesse

= une insuffisance rénale et uropathies préexistantes

= un rein unique (fonctionnel ou anatomique)

= un rein transplanté

4. Indications des traitements urologiques spécifiques

3. La présence de facteurs de gravité liés au calcul

= la taille du calcul ≥ 6 mm

= les calculs bilatéraux

= l'empierrement de la voie excrétrice après LEC

4. Indications des traitements urologiques spécifiques

Le principe du traitement urologique est de drainer la voie excrétrice en amont du calcul :

- par une sonde urétérale par voie endoscopique rétrograde : simple ou double J
- par une sonde de néphrostomie percutanée (sous échographie) AG ou AL (bilan coag)

4. Indications des traitements urologiques spécifiques

Les indications de dérivation en urgence :

- la **colique néphrétique fébrile** : TOUTE CN FEBRILE (ou en hypothermie ou présentant des signes de sepsis grave) NECESSITE UNE DERIVATION EN URGENCE,
- la **CN hyperalgique** non soulagée par le ttt antalgique
- Indications relatives : la rupture de la voie excrétrice et l'IRA avec ou sans anurie (vérifier le K+)

4. Indications des traitements urologiques spécifiques

Les indications de traitement médical en dehors du contexte d'urgence (médic, LEC, NLPC, URS) :

- dépendent de la nature et de la taille du calcul
- dépendent de sa localisation dans l'arbre urinaire
 - => probabilité d'expulsion spontanée
- du terrain

4. Indications des traitements urologiques spécifiques

Les indications de traitement médical en dehors du contexte d'urgence :

- probabilité d'expulsion spontanée en 1-4 sem
 - si calcul < 5mm = 68%
 - si calcul entre 5-10mm = 47%
- délai de surveillance avant intervention : env 1 mois
- traitement médical préconisé : Alpha – (> InCa) mais pas d'AMM (CI : hypoTA, IH sév) +/- association avec AINS (ou corticoth courte durée) **si calcul < 10mm**

5. Stratégies d'hospitalisation et d'orientation

2 cas habituels :

- le patient connaît les symptômes
- l'admission pour syndrome douloureux

Dans tous les cas : confirmer le diagnostic par l'interrogatoire afin d'éliminer les pathologies présentant un caractère d'urgence vitale (GEU rompue, anév. ao. fissuré, infarctus mésentère, infarctus rénal,..) et les diagnostics différentiels.

5. Stratégies d'hospitalisation et d'orientation

En cas de CN compliquée : hospitalisation dans une unité disposant des moyens de traitement spécifique.

En cas de CN simple, le retour à domicile est envisageable si :

1. CN typique prouvée non compliquée,
2. patient totalement soulagé,
3. consignes écrites et explicitées remises à la sortie, ordonnance, prescription imagerie en ext, courrier médecin (tt ou urologue)

5. Stratégies d'hospitalisation et d'orientation

Traitement de sortie des urgences :

- AINS per os pdt 7 jours +/- alpha-
- Hydratation normale
- Filtration des urines
- Consultation de contrôle dans les 3-7 jours avec résultats de l'imagerie

5. Stratégies d'hospitalisation et d'orientation

CONSIGNES AUX PATIENTS :

- Poursuivez le tt comme prescrit. Ne pas modifier sans avis médical
- Tamisez les urines
- Buvez et mangez normalement
- Mesurez la température tous les matins
- Consultez en cas de fièvre sup 38°, frissons, vomissements, réapp de douleurs, malaise, urines rouges, si pas d'urines pendant 24h
- Faites faire les examens comme prescrits et les ramener à la consultation
- Attention : la disparition de la douleur ne signifie pas que vous soyez guéri. Consultez avec les examens réalisés dans tous les cas

5. Stratégies d'hospitalisation et d'orientation

Hospitalisation :

- En service d'urologie
 - Si crise hyperalgique
 - Si fièvre
 - Si insuffisance rénale aigüe
- En gynéco-obstétrique : si grossesse
- En unité de courte durée si :
 - Doute diagnostic
 - Patient imparfaitement soulagé
 - Conditions sociales défavorables

MERCI DE VOTRE ATTENTION !