

COLIQUE NÉPHRÉTIQUE *

RÉDACTEURS :

Axel Ellrodt - Bruno Garrigue - Pierre-Yves Gueugniaud - Frédéric Lapostolle - Agnès Ricard-Hibon

* Sous la responsabilité des rédacteurs

GÉNÉRALITÉS

DOULEUR

- Douleur brutale, intense à très sévère, unilatérale, lombaire ou lombo-abdominale et d'irradiation le plus souvent antérieure et descendante vers la fosse iliaque et les organes génitaux externes.
- Elle évolue par paroxysmes prolongés.
- Signes généraux : agitation, anxiété. Pas de fièvre.
- Signes digestifs fréquents : nausées, vomissements et constipation.
- Signes urinaires : dysurie, pollakiurie et impériosités.

PATIENT

- Homme (3-4 hommes pour 1 femme) de 20 à 60 ans, pic de 30 à 40 ans.
- Hématurie (non spécifique) présente dans 86 % des cas à la bandelette et 95 % avec la bandelette et examen microscopique.

SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE

DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

Fissuration/rupture d'anévrisme de l'aorte à envisager chez tous les patients

Pyélonéphrites aiguës	Infarctus rénal
Tumeurs rénales et des voies urinaires	Torsion du testicule (pudeur)
Nécrose papillaire (diabète)	Lithiase biliaire, ulcère gastroduodéal
Appendicite	Salpingite, endométriose
Diverticulite	Torsion de kyste ovarien, grossesse extra-utérine
Torsion de kyste ovarien, grossesse extra-utérine	Pneumonie/embolie pulmonaire
Ischémie mésentérique, occlusion	Syndrome de Münchhausen
Hématome du psoas	

- Hématurie trouvée dans 50 % des douleurs du flanc, explorées pour colique néphrétique et relevant finalement d'une autre cause.
- Sur 134 patients vus aux urgences ayant un anévrisme aortique symptomatique : 18 % sont pris initialement pour une colique néphrétique, 80 % ont une masse battante, 43 % ont une micro-hématurie, tous ont plus de 60 ans, aucun n'a d'antécédent de lithiase.

REMARQUES¹

- Rassurer d'emblée le patient : malgré la douleur le plus souvent très sévère, l'affection est bénigne et le traitement efficace.
- Aucune indication à la restriction hydrique ni à l'hyperhydratation.
- Pas d'indication démontrée des antispasmodiques.

CONTRE-INDICATIONS AUX AINS

- Hémorragie en cours
- Allergie aux AINS, dont l'aspirine
- Grossesse
- Ulcère gastroduodéal en évolution
- Insuffisance hépatique sévère
- Insuffisance rénale sévère
- Insuffisance cardiaque sévère - patients coronariens : préférer le naproxène au diclofénac.
- Traitement anticoagulant en cours
- Traitement diurétique : risque rénal accru en cas d'insuffisance rénale fonctionnelle, prise de diurétique, IEC, ARAII
- Déshydratation (vomissements profus)

DEVENIR DU PATIENT À LA SORTIE DU SERVICE D'URGENCES

CRITÈRES D'ORIENTATION

I) Vers une hospitalisation

- Le passage en service sans monitoring ne se fera qu'une heure après la dernière injection de morphine.
- Complications (fièvre, douleur non contrôlée, anurie, insuffisance rénale) : service spécialisé.
- Grossesse sans complication urologique : gynécologie obstétrique.
- Zone d'Hospitalisation de Très Courte Durée (ZHTCD) lorsqu'il s'agit d'une colique néphrétique simple insuffisamment soulagée.

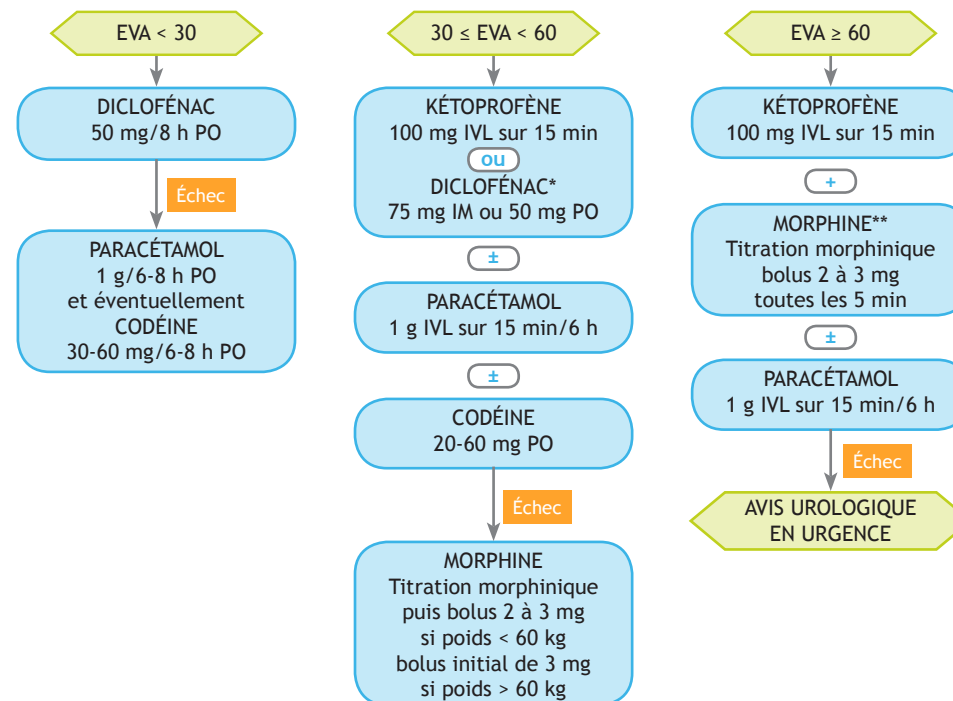
II) Vers un retour à domicile

- Colique néphrétique simple, aptitude au traitement ambulatoire.
- Suffisamment soulagé (EVA < 30 mm).
- Capable de s'alimenter et au moins 2 heures après une éventuelle injection de morphine. Une feuille de consigne lui est expliquée et remise.

AUTRES CONSEILS AUX PATIENTS NON HOSPITALISÉS

- Poursuivez le traitement comme prescrit. Ne modifiez pas les doses sans avis médical.
- Tamisez les urines au travers d'un grand filtre à café et conservez tous les calculs expulsés, que vous apporterez lors de la consultation prévue.
- Buvez normalement en répartissant bien les prises au cours de la journée. Mangez normalement.
- Mesurez votre température matin et soir avant la prise des antalgiques antipyrétiques.
- Consultez en urgence en cas de : fièvre vérifiée à 38°C ou plus, frissons, vomissements, réapparition ou modification de la douleur, malaise, urines rouges, absence d'urine pendant 6 heures.
- Faites faire les examens prescrits comme prévu et consultez dans les 5 à 7 jours un médecin ou un urologue muni de vos résultats. Attention : la disparition de la douleur ne signifie pas que vous soyez guéri. Il faut faire les examens et consulter comme prévu dans tous les cas.

PAS DE CONTRE-INDICATIONS AUX AINS

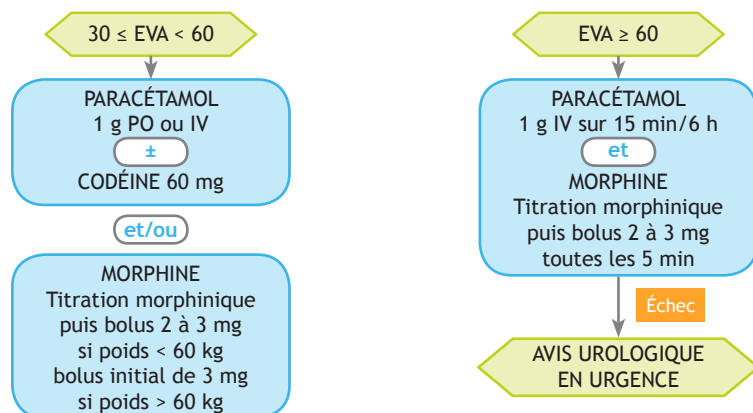


Pour le retour au domicile : 50 mg de diclofénac* 3 fois/jour pendant 7 jours en dehors des contre-indications et sans adjonction systématique de pansement gastrique ou d'anti-ulcéreux. Eventuellement associé au paracétamol ± codéine.
Si patient hospitalisé : kétoprofène 100 mg en 20 minutes IV/8h 48 heures maximum ou diclofénac* per os 50 mg/8 h. Hydratation normale.

* Il est recommandé de choisir le naproxène comme AINS chez les sujets à haut risque cardiaque. Dosage initial 225 mg/12h PO

** La morphine peut être retardée et administrée 10-15 minutes après le début du kétoprofène, si un début de soulagement encourageant n'est pas apparu.

CONTRE-INDICATION AUX AINS



- Pour le retour à domicile :
En cas de contre-indication aux AINS, la prescription comporte des antalgiques de niveau IIa (paracétamol et codéine).
- Si patient hospitalisé :
Paracétamol et codéine ou morphine sous cutanée/4 ou 6 heures : moitié de la dose de morphine nécessaire à la titration jusqu'à 0,1 mg/kg, toutes les 4 ou 6 heures, SC ou morphine en PCA (analgésie contrôlée par le patient); hydratation normale.
Si le calcul est distal et inférieur à 10 mm, la tamsulosine est proposée à la dose de 0,4 mg/jour en prévenant les effets secondaires.

SOINS INFIRMIERS

L'INFIRMIER(E) D'ORGANISATION DE L'ACCUEIL (IOA) ET/OU DES URGENCES

1. Reconnaît la douleur de la colique néphrétique typique et organise l'installation prioritaire du patient.
2. Recueille les paramètres vitaux : fréquence respiratoire, pouls, pression artérielle, température, heure et quantité de la dernière miction.
3. Choisit et applique une méthode d'évaluation de la douleur compatible avec le patient. Note ces éléments sur le dossier patient.
4. Participe à l'établissement d'une stratégie de traitement symptomatique adaptée à l'intensité de la douleur en informant le médecin des éléments observés et recueillis auprès du patient.
5. Rassure et explique au patient la prise en charge.
6. Se renseigne sur la possibilité de grossesse, et sur la prise d'indinavir.
7. Sur prescription médicale et/ou protocole : effectue l'administration des antalgiques, en note l'efficacité et la tolérance, en particulier lors de et après la titration morphinique.
8. Réalise une analyse d'urine par bandelette urinaire et recueille toutes les urines du patient dans un bocal, les filtre à la recherche de l'élimination d'un calcul, à envoyer au laboratoire pour analyse.
9. Explique les consignes de sortie et de suivi au patient et à la famille et s'assure de la compréhension de la feuille de recommandations remise au patient à sa sortie du SAU.

Références bibliographiques:

- Actualisation 2008 de la 8e Conférence de consensus de la SFMU de 1999. Prise en charge des coliques néphrétiques de l'adulte dans les services d'accueil et d'urgences El Khebir M, Fougeras O, Le Gall C et al. Prog Urol. 2009; 19: 462-73
- American Heart Association. Use of nonsteroidal antiinflammatory drugs: an update for clinicians: a scientific statement from the American Heart Association. Antman EM, Bennett JS, Daugherty A et al. Circulation. 2007; 115: 1634-42
- Bove P, Kaplan D, Dalrymple N, et al. Reexamining the value of hematuria testing in patients with acute flank pain. J Urol 1999; 162: 685-7
- Borrero E, Queral LA. Symptomatic abdominal aortic aneurysm misdiagnosed as nephroureterolithiasis. Ann Vasc Surg. 1988; 2 (2): 145-9.
- Centre de référence sur les agents tératogènes. www.lecrat.org/article.php?id_article=649
- Sfar/SFMU Recommandations Formalisées d'Experts 2010 Sédation et Analgésie en Structure d'Urgence. www.sfar.org/article/555/sedation-et-analgésie-en-structure-d-urgence-rfe2010
- Teichman JMH. Acute renal colic from ureteral calculus. N Engl J Med 2004; 350: 684-93.