

**8^{ème} CONFERENCE DE CONSENSUS DE LA SOCIETE
FRANCOPHONE D'URGENCES MEDICALES**

**« PRISE EN CHARGE DES COLIQUES NEPHRETIQUES DE
L'ADULTE DANS LES SERVICES D'ACCUEIL ET D'URGENCES »
23 Avril 1999 - Marseille**

TEXTE COURT

**Avec le patronage de l'Association Française d'Urologie
et de la Société de Néphrologie**

CONSEILLER SCIENTIFIQUE

Pr J.M. BUZELIN (Nantes) - Association Française d'Urologie

COMITE D'ORGANISATION

Dr R. DUCLUZEAU (Lyon)
Dr B. BEDOCK (Annonay)
Pr J. BOUGET (Rennes)
Pr A. DAVIDO (Paris)
Mme L. DIVORNE (Genève)
Mme A. FICARELLI (Bry sur Marne)
Dr J. GRANGER (Lyon)
Pr J. KOPFERSCHMITT (Strasbourg)
Dr G. LALANDE (Troyes)
Dr P. LEBRIN (Bry sur Marne)
Mme VAN DER ROOST (Bruxelles)

JURY

Président : Dr M. D. TOUZE	(Urgentiste - Nantes)
Mme N. BERTINI	(Cadre Infirmier - Urgences - Bourg en Bresse)
Dr J.L. DUCASSE	(Urgentiste - Toulouse)
Dr A. ELLRODT	(Urgentiste - Le Kremlin-Bicêtre)
Pr B. GATTEGNO	(Urologue - Paris)
Pr F. GUILLE	(Urologue - Rennes)
Dr S. JAY	(Urgentiste - Annonay)
Dr P. MARTINEZ	(Urgentiste - Nice)
Dr S. MEYRAN	(Urgentiste - Lyon)
Pr E. SCHOUMAN-CLAEYS	(Radiologue - Paris)
Dr I. VANONI	(Généraliste - Nice)

GROUPE DE BIBLIOGRAPHIE

Dr P. GERBEAUX (Marseille)
Dr J. GRANGER (Lyon)
Dr A. HAMOUD (Annonay)
Dr A. LEURET-BARONDEAU (Chalon sur Saône)
Dr E. ROUPIE (Créteil)
Dr C. PAQUIER (Grenoble)
Dr E. TOGNET (Lyon)
Dr J. DEMAZIERE - Dr S. FRANCHINI – Dr T. JOFFRE – Dr V. BOYER – Dr G. MOREL
- (Lyon)

QUESTIONS

1. Quelle est la fréquence et la présentation clinique des coliques néphrétiques de l'adulte au service d'accueil et d'urgence ?
2. Quelle est la prise en charge thérapeutique initiale ? Quel est le rôle infirmier dans la prise en charge des coliques néphrétiques au Service d'Accueil et d'Urgence ?
3. Quelles sont les indications d'examens d'imagerie en urgence ?
4. Quelles sont les indications des traitements urologiques spécifiques ?
5. Quelles doivent être les stratégies d'hospitalisation et d'orientation ?

SCORE POUR LES RECOMMANDATIONS

Niveau 1 : recommandations justifiées en elles-mêmes par des preuves scientifiques indiscutables

Niveau 2 : recommandations justifiées par des preuves scientifiques et le soutien consensuel des experts

Niveau 3 : recommandations ne reposant pas sur des preuves scientifiques adéquates mais soutenues par les données disponibles et l'opinion des experts

En l'absence de précision dans le texte les recommandations sont de niveau 3.

AVANT-PROPOS

Cette conférence a été organisée et s'est déroulée conformément aux règles méthodologiques préconisées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) qui lui a attribué son label de qualité.

Les conclusions et recommandations présentées dans ce document ont été rédigées par le Jury de la Conférence, en toute indépendance. Leur teneur n'engage en aucune manière la responsabilité de l'ANAES.

1. QUELLE EST LA FREQUENCE ET LA PRESENTATION CLINIQUE DES COLIQUES NEPHRETIQUES DE L'ADULTE AU SAU ?

La colique néphrétique est un syndrome douloureux lombo-abdominal aigu résultant de la mise en tension brutale de la voie excrétrice du haut appareil urinaire en amont d'une obstruction quelle qu'en soit la cause. 75 à 80 % des coliques néphrétiques sont liées à un calcul.

La fréquence de la colique néphrétique est estimée entre 1 à 2 % des entrées d'un service d'urgences.

Elle concerne préférentiellement l'homme de 20 à 60 ans et son taux de récurrence est important.

La forme simple est fréquente, caractérisée par une douleur brutale et intense, unilatérale lombaire ou lombo-abdominale et d'irradiation le plus souvent antérieure et descendante vers la fosse iliaque et les organes génitaux externes. Il existe également des signes digestifs fréquents (nausées, vomissements et constipation), des signes urinaires (dysurie, pollakiurie et impériosité) et des signes généraux (agitation, anxiété). Il n'y a pas de fièvre.

Les formes compliquées sont rares (moins de 6 %) et caractérisées soit par le terrain sur lequel survient la colique néphrétique (grossesse), soit par l'existence d'emblée ou secondairement de signes de gravité.

Le médecin doit rechercher dès l'accueil, mais également durant les heures qui suivent celui-ci, des signes d'infection, une oligo-anurie et la persistance d'une intensité douloureuse élevée malgré un traitement antalgique bien conduit.

Ces coliques néphrétiques compliquées justifient un avis spécialisé.

Des affections, dont certaines graves, peuvent simuler une crise de colique néphrétique.

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

Tableau I: Affections urologiques non lithiasiques et affections non urologiques pouvant simuler une colique néphrétique.

2. QUELLE EST LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE INITIALE ? QUELLE EST LA PRISE EN CHARGE INFIRMIERE ?

A- Quelle est la prise en charge thérapeutique initiale ?

Le traitement initial de la colique néphrétique est antalgique et doit être précoce et rapidement efficace.

I) RECOMMANDATIONS DU JURY

- Utiliser la voie veineuse comme voie préférentielle du traitement (niveau 1)
- En l'absence de contre-indication, prescrire un AINS (niveau 1)
- Prescrire un antalgique morphinique en association avec l'AINS en cas de douleur majeure d'emblée (niveau 3)
- En cas de colique néphrétique résistante à l'association AINS + morphine, vérifier d'abord que les doses prescrites correspondent aux doses conseillées, avant de la qualifier d'hyperalgique
- En cas de contre-indication à l'AINS et de douleur intense, prescrire en première intention un antalgique morphinique (niveau 2)
- La prescription en première intention de la morphine est possible (niveau 2), la surveillance du patient s'impose alors en fonction du délai de reliquat d'activité du produit
- Il est possible de prescrire un antalgique non morphinique (Paracétamol : propacétamol par voie intra-veineuse) en association avec l'AINS en cas de douleur faible à modérée d'emblée
- Ne pas interrompre le traitement au cours du nyctémère.
- Eviter la déshydratation et laisser les boissons libres (niveau 3)
- Ne pas associer deux AINS (niveau 3)

II) PROPOSITIONS DU JURY :

- Pour l'AINS :
 - Par voie intra-veineuse, le kétoprofène à la dose de 100 mg en 20 minutes 3 fois par jour au maximum pendant deux jours. Cette forme n'existe qu'à l'hôpital. **Nous proposons cette indication hors AMM car il existe un accord professionnel fort.**
 - En l'absence d'abord veineux, par voie intra-musculaire, le diclofénac (seul AINS à posséder l'AMM pour la colique néphrétique mais non disponible par voie veineuse) à la dose de 75 mg une fois par jour, au maximum pendant 2 jours. Attention, le diclofénac IM contient des sulfites.
 - Par voie intra-veineuse ou intra-musculaire, le kétorolac existe sous les deux formes. Ce médicament, retiré du marché en France, est disponible dans d'autres pays européens et extra-européens.
- Pour l'antalgique : le chlorhydrate de morphine en titration IV à la dose initiale de 0,1 mg/kg toutes les 4 heures. On diminuera la dose de moitié chez le sujet âgé. On utilisera de préférence le chlorhydrate de morphine sans conservateur (sans sulfites) afin d'éviter les risques allergiques notamment chez l'asthmatique.

III) LES PARTICULARITES DU TRAITEMENT INITIAL CHEZ LA FEMME ENCEINTE

- En dehors d'un avis gynéco obstétrical, les AINS ne sont pas recommandés et sont formellement contre-indiqués pendant le troisième trimestre
- Le paracétamol n'est pas contre-indiqué, mais son efficacité n'a pas été particulièrement étudiée dans la colique néphrétique.
- La morphine peut être prescrite en dehors du travail.

IV) LES PARTICULARITES DU TRAITEMENT INITIAL CHEZ L'INSUFFISANT RENAL

Les AINS sont contre indiqués, justifiant le recours aux antalgiques d'emblée : Paracétamol et/ou morphine dont on adaptera la posologie à l'insuffisance rénale pour la morphine.

B- Quelle est la prise en charge infirmière ?

L'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) a un rôle très important devant un patient algique.

La douleur de la colique néphrétique reste une urgence de priorité 1 et 2 nécessitant une installation immédiate du patient en salle d'examen.

L'infirmière doit donc :

1. Identifier dès l'accueil les patients présentant la douleur si caractéristique de la crise de colique néphrétique,
2. Installer en priorité ces patients en crise,
3. Prendre les paramètres suivants : intensité de la douleur, pression artérielle, fréquence cardiaque, température, fréquence respiratoire, heure et quantité de la dernière miction,

4. Participer à la stratégie du traitement symptomatique qui sera adapté à l'intensité de la douleur en informant le médecin des éléments observés et recueillis auprès du patient,
5. Evaluer l'efficacité du traitement afin de permettre de réajuster la prescription médicale si nécessaire,
6. Réévaluer systématiquement la douleur avec l'échelle visuelle analogique (EVA) ou l'échelle numérique (EN),
7. Surveiller régulièrement la fréquence respiratoire en cas de traitement à la morphine,
8. Réaliser une bandelette urinaire, et recueillir toutes les urines du patient dans un bocal,
9. Les filtrer à la recherche de l'élimination d'un calcul, à envoyer au laboratoire pour analyse,
10. Recenser l'information en la faisant figurer dans le dossier du patient,
11. Privilégier la relation soignant-soigné et vérifier avec le patient et la famille la compréhension de la feuille de recommandations remise au patient à sa sortie du SAU.
12. Assurer des prestations de qualité en répondant aux besoins du patient.

3. QUELLES SONT LES INDICATIONS DES EXAMENS D'IMAGERIE EN URGENCE ?

Les examens d'imagerie demandés en urgence dans les coliques néphrétiques ont pour objectifs : (1) d'affirmer le diagnostic en objectivant la dilatation de la voie excrétrice supérieure et en reconnaissant la nature lithiasique de l'obstacle, (2) d'en évaluer la gravité (rein unique, urinome), (3) de préciser les chances d'expulsion spontanée du calcul, réelles pour un diamètre inférieur à 6 mm, et la morphologie du haut appareil.

L'indication de ces examens, le délai acceptable pour les obtenir doivent être modulés par leur accessibilité et le contexte clinique. On peut schématiquement identifier quatre situations :

- la colique néphrétique simple : c'est-à-dire typique, apyrétique, à diurèse conservée, survenant chez un sujet jeune, sain et répondant au traitement médical
La prise en charge repose avant tout sur les arguments cliniques, le traitement médical débutant sur une probabilité diagnostique. L'urgence est au traitement de la douleur et dans cette situation l'imagerie ne nécessite pas d'être réalisée dans l'immédiat. Le couple ASP-échographie est proposé de première intention. L'urographie intraveineuse, l'ASP isolé ne sont pas indiqués (niveau 2).
- la colique néphrétique compliquée : fébrile, hyperalgique, oligoanurique
Ces formes imposent une certitude diagnostique quant à l'existence de l'obstacle. On privilégiera les examens les plus rapidement accessibles, et parmi ceux-ci les plus performants, et donc chaque fois que cela est possible le scanner spiralé sans injection (niveau 2).
- les terrains particuliers
La femme enceinte : sa prise en charge repose avant tout sur l'échographie.
L'insuffisant rénal : le scanner spiralé, s'il est accessible, est à préférer à l'association ASP – échographie.

- le doute diagnostique
Il convient d'exprimer ce degré d'incertitude lors de la demande d'examen, afin d'inciter l'opérateur à rechercher d'autres pathologies, dans l'hypothèse où il ne retrouverait pas d'arguments d'imagerie en faveur du diagnostic de colique néphrétique.

3. QUELLES SONT LES INDICATIONS DE TRAITEMENTS UROLOGIQUES SPECIFIQUES ?

Au décours de la prise en charge au service d'urgence, le recours à un avis urologique est nécessaire dans trois circonstances .

1. La colique néphrétique apparaît compliquée :

- colique néphrétique fébrile,
- rupture de la voie excrétrice,
- insuffisance rénale aiguë obstructive
- colique néphrétique hyperalgique,

2. La colique néphrétique survient sur un terrain particulier :

- Insuffisance rénale et uropathie préexistantes
- Rein unique fonctionnel ou anatomique
- Grossesse
- Rein transplanté

3. Il existe des facteurs de gravité liés au calcul :

- Diamètre supérieur ou égal à 6 mm
- Calculs bilatéraux
- Empiement de la voie excrétrice après lithotripsie extra-corporelle (LEC)

I) MODALITES DU TRAITEMENT UROLOGIQUE

Le principe du traitement urologique est commun à toutes les complications et consiste à drainer en urgence la voie excrétrice dilatée en amont du calcul

Le calcul sera le plus souvent traité dans un second temps à distance de l'urgence.

A) LA DERIVATION URINAIRE PAR SONDE URETERALE INTRODUITE PAR VOIE ENDOSCOPIQUE RETROGRADE

Elle est réalisée au bloc opératoire sous anesthésie loco-régionale ou générale pour l'homme, ou en cas de nécessité, sous simple anesthésie locale chez la femme.

Deux types de sondes urétérales peuvent être utilisées :

- La sonde urétérale simple
- La sonde urétérale double J

B) LA DERIVATION URINAIRE PAR SONDE DE NEPHROSTOMIE PERCUTANEE INTRODUITE PAR VOIE ANTEROGRADE.

Cette dérivation est possible techniquement dans toutes les situations d'urgence, sauf s'il existe des troubles de l'hémostase ou un traitement anticoagulant en cours. Elle est réalisée sous contrôle échographique et peut être mise en place sous anesthésie locale

C) LE TRAITEMENT EN URGENCE DU CALCUL OBSTRUCTIF EST POSSIBLE SANS DERIVATION PREALABLE DANS CERTAINES CONDITIONS :

Ce traitement est utilisé lorsque les conditions techniques sont réunies : lithotripsie extra-corporelle in situ, ou urétéroscopie lorsque le calcul est situé dans l'uretère pelvien

II) INDICATIONS

A) COLIQUE NEPHRETIQUE FEBRILE

Toute colique néphrétique s'accompagnant d'une température supérieure à 38°C, voir d'une hypothermie avec ou sans signe d'état septique doit être adressée en milieu urologique en urgence. Un traitement antibiotique probabiliste doit être instauré après prélèvements bactériologiques (sanguins et urinaires). Une dérivation urinaire doit être réalisée dès l'arrivée du patient en milieu spécialisé.

B) COLIQUE NEPHRETIQUE HYPERALGIQUE

Le traitement urologique est la dérivation urinaire

C) RUPTURE DE LA VOIE EXCRETRICE

Elle ne nécessite que rarement un geste de dérivation d'urgence.

D) INSUFFISANCE RENALE AIGUË OBSTRUCTIVE AVEC OU SANS ANURIE

. Il convient d'abord de prévenir ou de traiter une hyperkaliémie menaçante. En l'absence d'hyperkaliémie menaçante, après traitement des troubles métaboliques, la dérivation urinaire sera réalisée d'emblée.

E) CAS PARTICULIERS

- **La Femme enceinte** : Les indications des traitements urologiques en urgence sont identiques à celles des autres patients. Néanmoins, la grossesse justifie des précautions particulières.

- **Le transplanté rénal** : L'obstruction urétérale calculeuse est indolore car le rein transplanté ne possède plus d'innervation sensitive. Elle est révélée par une augmentation de la créatinine associée à une diminution de la diurèse quotidienne ou par une infection urinaire.
- **L'empierrement de la voie excrétrice après lithotripsie extra-corporelle**
Elle peut entraîner une obstruction aiguë de la voie excrétrice dans les jours qui suivent le traitement.

5. QUELLES DOIVENT ETRE LES STRATEGIES D'HOSPITALISATION ET D'ORIENTATION ?

I) L'HOSPITALISATION EST INDIQUEE

- En service d'urologie, en cas de complications
- En service de gynécologie obstétrique en cas de grossesse
- Dans l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) lorsqu'il ne s'agit pas d'une colique néphrétique simple suffisamment soulagée.

La surveillance à l'UHCD porte sur les signes vitaux, la température, la diurèse et la filtration des urines ainsi que l'évaluation de la douleur.

II) LE RETOUR A DOMICILE

Il est indiqué pour le patient ayant une colique néphrétique simple, apte au traitement ambulatoire. Le patient peut quitter le service d'urgence lorsqu'il est totalement soulagé, capable de s'alimenter et au moins 4 heures après une éventuelle injection de morphine. Une feuille de consigne lui est expliquée et remise.

Le traitement médicamenteux ne concerne que les patients n'ayant pas éliminé leur calcul. Il comporte la prescription de 50 mg de diclofénac 3 fois/jour pendant 7 jours en dehors des contre-indications et sans adjonction systématique de pansement gastrique ou d'antiulcéreux.

En présence de contre-indication aux AINS, la prescription comporte des antalgiques de niveau IIa.

Il est recommandé au patient de boire normalement.

Le patient a pour consigne de filtrer ses urines. Il doit revenir aux urgences en cas d'oligoanurie, fièvre, frissons, vomissements, modification ou récurrence de la douleur, hématurie, malaise.

Les examens biologiques : en dehors de l'éventuelle analyse du calcul émis, il n'y a pas de consensus sur l'utilité d'un bilan biologique étiologique.

Lorsque les examens complémentaires n'ont pas été réalisés au service d'urgence, un ASP et une échographie rénale vessie pleine seront réalisés entre la 12^{ème} et la 48^{ème} heure. Il n'est pas prescrit d'UIV à la sortie du service d'urgences.

Le patient est réadressé avec une lettre explicative à son médecin traitant qui le verra avec le résultat des examens d'imagerie. En cas de dilatation ou de persistance d'un calcul, le médecin généraliste adressera son patient à l'urologue.

RECOMMANDATIONS AUX PATIENTS NON HOSPITALISES

- I – Poursuivez le traitement comme prescrit. Ne modifiez pas les doses sans avis médical.
- II – 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.
- III – Buvez normalement en répartissant bien les prises au cours de la journée. Mangez normalement.
- IV – Mesurez votre température tous les matins.
- V - Consultez en urgence en cas de :
 - fièvre vérifiée, à 38°C ou plus
 - frissons
 - vomissements
 - réapparition ou modification de la douleur
 - malaise
 - urines rouges
 - si vous n'urinez pas pendant 24 heures.
- VI – Faites faire les examens prescrits comme prévu et apportez les résultats à la consultation.
- VII – 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.

Tableau II : Recommandations aux patients non hospitalisés

Caractéristiques de la colique néphrétique simple et de la colique néphrétique compliquée.

- Colique néphrétique simple : typique, apyrétique, à diurèse conservée, survenant chez un sujet jeune, sain et répondant au traitement médical.
- Colique néphrétique compliquée :
 - . fébrile, hyperalgique, oligo-anurique
 - . terrain particulier : femme enceinte, insuffisant rénal.

Orientation d'une colique néphrétique (CN) au SAU

