

COLIQUE NEPHRETIQUE AIGUE

Auteure : Dr A. Potric, Service de médecine de premier recours, HUG

Experts : Dr J. Klein, Service d'urologie, HUG
Dr C. Stoermann Chopard, Service de néphrologie, HUG

Relecteurs : Dr N. Junod Perron, Service de médecine de premier recours, HUG
Dr Th. Mach, Service de médecine de premier recours, HUG

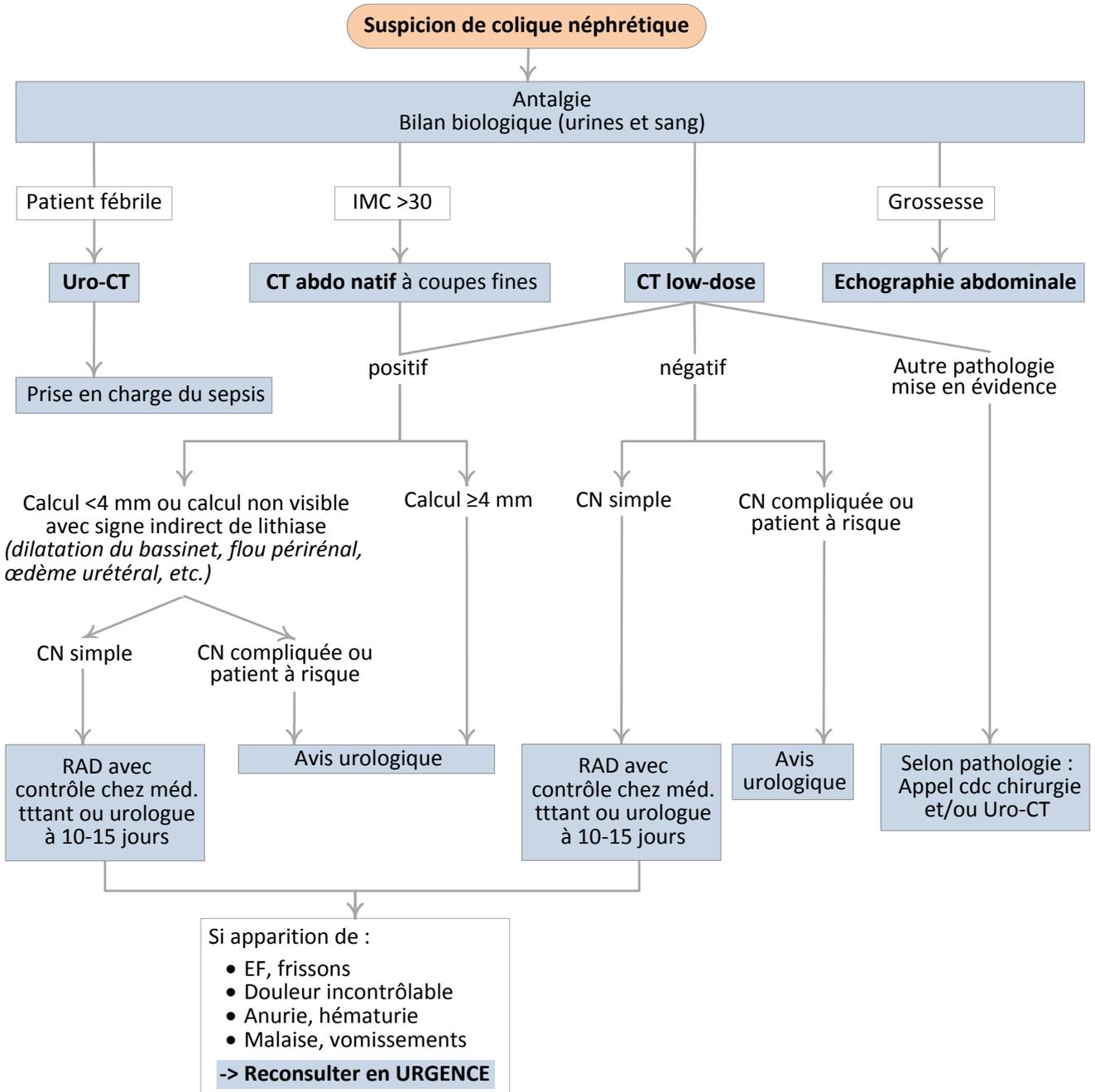
Algorithme, relecture: M. Le Braz
Mise en page: J. Caliri

2017

LES POINTS À RETENIR :

- Un premier épisode de colique néphrétique devrait bénéficier d'une imagerie pour confirmer le diagnostic et déterminer la suite de la prise en charge selon la taille, la localisation et le nombre de calculs.
- Le CT low-dose est l'examen de choix pour les coliques néphrétiques non compliquées, en dehors des grossesses ou d'un IMC supérieur à 30.
- Si le calcul est inférieur à 4 mm ou si l'on voit le patient après le passage du calcul, la suite se fera chez le médecin traitant ou chez l'urologue en ambulatoire.
- En cas de colique néphrétique compliquée chez un patient à risque ou si le calcul est supérieur à 4 mm, un avis urologique est nécessaire.

ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE D'UNE SUSPICION DE COLIQUE NEPHRETIQUE



Version 24.10.2016

COLIQUE NEPHRETIQUE AIGUE

1. INTRODUCTION

1.1 DEFINITION

La colique néphrétique (CN) est un syndrome douloureux lombo-abdominal dû à la mise sous tension soudaine de la voie excrétrice du haut appareil urinaire en amont d'une obstruction à l'écoulement urinaire par une lithiase ou l'un de ses fragments le plus souvent, mais aussi par une papille nécrosée, un caillot sanguin ou une tumeur.

1.2 PREVALENCE

La néphrolithiase est une pathologie fréquente et sa prévalence est en constante augmentation dans les pays industrialisés. Environ 10% de la population présentera un épisode de colique néphrétique dans sa vie avec un ratio homme/femme de 2-3/1.¹ Le taux de récurrence est de 15% à 1 an, 35-40% à 5 ans, 50% à 10 ans et 75% à 20 ans.²

La composition des calculs varie en fonction de l'âge, du sexe, de la localisation géographique. Les calculs à composition calcique sont les plus fréquents (environ 80%).

2. DEFINITION ET CLASSIFICATION

2.1 DIFFERENTS TYPES DE COLIQUES NEPHRETIQUES

- Colique néphrétique simple :
 - Douleur typique chez un patient sans comorbidité significative, afebrile sans syndrome inflammatoire et sédiment urinaire propre, avec diurèse conservée et fonction rénale normale.
- Colique néphrétique compliquée :
 - Oligo-anurie
 - Insuffisance rénale aiguë
 - Etat fébrile ou sepsis
 - Colique néphrétique bilatérale
 - Echec du traitement antalgique
 - Infection urinaire
 - Insuffisance rénale chronique
 - Cystinurie.
- Colique néphrétique chez patient à risque particulier :
 - Grossesse
 - Insuffisance rénale, rein unique ou greffon rénal
 - Patient immunosupprimé
 - Anomalie anatomique urologique connue.

2.2 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le diagnostic différentiel est large et peut avoir, de façon non exhaustive, une origine :

- Digestive : appendicite, cholécystite, iléus, ulcère gastrique, pancréatite, diverticulite, hernie, maladie inflammatoire du tube digestif
- Uro-génitale : pyélonéphrite aiguë, infarctus ou hématome rénal, toute pathologie obstructive rénale, grossesse extra-utérine, torsion de kyste ovarien ou testiculaire, salpingite, épididymite
- Vasculaire : dissection aortique, anévrisme
- Pulmonaire : embolie pulmonaire, pneumonie
- Ostéo-articulaire : hernie discale, douleur costo-vertébrale, hématome du psoas.

3. MANIFESTATIONS CLINIQUES

La douleur est soudaine ou d'intensité rapidement progressive, avec paroxysme sur fond continu, elle est parfois violente, unilatérale, lombaire ou lombo-abdominale, irradiant vers la fosse iliaque ou les organes génitaux externes, sans position antalgique.

Des signes digestifs (nausées, vomissements, constipation, iléus réflexe), urinaires (dysurie, pollakiurie) et généraux (agitation, anxiété) sont fréquents.

La localisation et l'intensité de la douleur ne sont pas corrélées à la localisation ou la taille du calcul, hormis pour les calculs à la jonction urétérovésicale qui se présentent souvent comme une dysurie associée à des douleurs des organes génitaux externes.

L'examen clinique est souvent pauvre par rapport aux symptômes (abdomen souple, absence de péritonisme).

Il faut toujours rechercher les signes de gravité (tableau 1) évoquant soit une colique néphrétique compliquée, soit une colique néphrétique chez un patient à un risque particulier, car ces situations nécessitent un avis urologique immédiat.

- Oligo-anurie / insuffisance rénale aiguë
- Signes infectieux / sepsis / état fébrile
- Infection urinaire
- Grossesse
- Rein unique ou greffon rénal
- CN bilatérale
- Échec du traitement antalgique
- Immunosuppression
- Anomalie anatomique urologique connue

Tableau 1 : Signes de gravité d'une colique néphrétique.

4. DIAGNOSTIC

4.1 EXAMEN URINAIRE

Un test de grossesse se fait chez les patientes en âge de procréer pour exclure une grossesse extra-utérine et/ou pour choisir, le cas échéant, une imagerie diagnostique la moins irradiante possible.

Un sédiment urinaire ou un test sur bandelette est effectué à la recherche d'une hématurie ou de signes d'infection urinaire (nitrites et leucocyturie). L'hématurie est définie par la présence de plus de 10 hématies/mm³. Elle est absente chez 9 à 33% des patients souffrant d'une urétérolithiase.

Le facteur déterminant est la durée entre le prélèvement urinaire et le début des symptômes : à J1 95% des patients présentent une hématurie, alors que seuls 65-68% sont positifs à J3-J4.

Une culture urinaire est également indiquée.

4.2 BILAN BIOLOGIE

Le dosage du Na, K et de la créatinine est nécessaire pour juger de la présence d'une insuffisance rénale aiguë, signant une colique néphrétique compliquée, et pour choisir le type d'imagerie et de traitement antalgique.

Le bilan est élargi avec une formule sanguine complète et une CRP afin d'exclure un syndrome inflammatoire biologique.

4.3 RADIOLOGIE

Les examens radiologiques permettent de confirmer le diagnostic et de décider de la meilleure approche thérapeutique en fonction de la localisation, de la taille et du nombre du ou des calculs.

- **CT low dose**

Le CT standard possède une meilleure sensibilité et spécificité, respectivement de 100% et 95%, mais il y a l'inconvénient d'une irradiation élevée surtout chez un patient jeune qui risque de récidiver. En revanche, le CT low-dose est un CT abdominal sans injection de produit de contraste avec une dose de radiation réduite d'un facteur 6 par rapport à un CT standard, avoisinant ainsi celle d'un cliché radiologique standard de l'abdomen. Mais l'image du CT low-dose donne un aspect granulaire par rapport à celle d'un CT standard et paraît moins nette. Toutefois, le CT low-dose possède la même performance diagnostique pour les calculs urétéraux de plus de 3 mm que le CT standard, et il est équivalent pour mettre en évidence un diagnostic alternatif chez des patients avec un IMC <30 kg/m².^{3,4} Un CT low-dose négatif ne signifie pas une absence de calcul, mais une absence de calcul >3 mm, un calcul de plus petite taille ayant néanmoins plus de 95% de chance de passer spontanément. La taille des calculs peut être estimée avec une précision de ± 20% par rapport au CT standard. Le CT low-dose est par contre limité chez les patients obèses chez qui il ne devrait pas être utilisé. Un CT low-dose est considéré positif si la lithiase urétérale est visible ou si des signes indirects de lithiase des voies urinaires sont présents.

- **Uro-CT**

L'uro-CT, réalisé avec produit de contraste, permet d'obtenir des images plus nettes et permet de visualiser des calculs de taille <3 mm avec une sensibilité de 95-98% et une spécificité de 100%. De plus, les phases tardives permettent d'évaluer l'anatomie des voies urinaires. C'est pourquoi il est indiqué en première intention chez les patients présentant une colique néphrétique fébrile où la localisation, l'anatomie de l'arbre urinaire, et surtout la taille du calcul à l'origine de la crise sont des éléments essentiels dans la décision du type de prise en charge.

Le CT abdominal natif (coupes fines, sans produit de contraste) est l'examen de choix pour les patients dont l'IMC est >30 kg/m².

- L'US reste l'examen de choix pour les femmes enceintes.

5. PRISE EN CHARGE

5.1 EVOLUTION

95% des calculs de 2 à 4 mm passent spontanément (97% pour les calculs <2mm, 86% pour les calculs de 3 mm). L'expulsion peut prendre de plusieurs jours à plusieurs semaines. Le passage spontané dépend de la taille et de la localisation. Il convient de prendre un avis urologique dès que le calcul est >4 mm puisque que seuls 50% des calculs de 4 à 6 mm et seul 1% de ceux >6 mm passent spontanément. Le délai moyen de passage est de 8 jours pour un calcul <2 mm, 12 jours pour un calcul entre 2 et 4 mm et 22 jours pour un calcul >4 mm.⁵

5.2 TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

- Antalgique

Sauf contre-indication, l'antalgie se fait avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) qui diminuent la filtration glomérulaire contribuant ainsi à diminuer le flux urinaire et la pression intrapyélique, diminuant également le tonus musculaire des voies urinaires et l'œdème inflammatoire au niveau de l'obstruction.⁶ On utilise par exemple du kétorolac 10 à 30 mg iv (dose maximale 90 mg/j) ou du diclofénac 50 mg 3x/j po ou 75 mg im 1x/j. En cas de contre-indication ou d'effet antalgique insuffisant, on y associe des opiacés.

- Relaxation du muscle lisse

Les alpha-bloquants (tamsulodine) et inhibiteurs calciques (nifédipine) ont une action directe sur la relaxation du muscle lisse urétéral et semblent diminuer le nombre d'épisodes douloureux et l'intensité de la douleur. Ils augmentent à priori le taux d'expulsion des calculs du bas uretère mais des études de grand collectif doivent confirmer ces données. On les prescrit en cas de calcul distal, méatique ou au tiers inférieur de l'uretère, par exemple Pradif® (tamsulodine) 400 µg/j po jusqu'à l'expulsion du calcul.

À noter que le patient doit être informé qu'il s'agit d'une indication « off-label » du médicament.

En cas de retour à domicile, on demande au patient de filtrer ses urines afin de recueillir le calcul pour analyse.

5.3 AUTRES MESURES

La restriction hydrique a son importance en cas de douleur intense (<1000 ml/j).

5.4 PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE

15% des calculs nécessitent une prise en charge chirurgicale, par voie endoscopique le plus fréquemment.

5.5 BILAN METABOLIQUE

Les lithiases urinaires étant à haut risque de récurrence sans traitement de fond et responsables de complications potentiellement graves, une évaluation approfondie spécialisée dans le but de prévenir les récurrences est indiquée chez les patients :

- Souffrant de lithiases urinaires récurrentes
- Après un premier épisode, chez les patients jeunes (de moins de 25 ans) ou avec histoire familiale
- Souffrant de comorbidités telles que maladie de système, maladie gastro-intestinale, insuffisance rénale chronique, rein unique ou transplantation rénale, syndrome métabolique, diabète, goutte, ...
- Profession à risque (pilote, ...)
- Calculs multiples (bilatéraux) ou de grandes tailles, cystine.

Cette évaluation comprend une anamnèse personnelle, familiale, sociale, médicamenteuse, diététique, ainsi qu'un bilan métabolique sanguin et urinaire si l'examen du calcul n'a pas apporté le diagnostic.^{8, 9}

La prise en charge, comprenant mesures diététiques et médicaments, est adaptée selon les résultats.

Une consultation des lithiases rénales et du métabolisme phosphocalcique est disponible au Service de néphrologie des HUG, tél. : 022/372.97.63

REFERENCES

1. Bader MJ, Eisner B, Porpiglia F, Preminger GM, Tiselius HG. Contemporary management of ureteral stones. EAU 2012;61:764-72
2. Caviezel A, Poletti PA, Stoermann C, Iselin C. Colique néphrétique au cabinet : quel bilan pour quel patient ? Rev Med Suisse 2009;5(228):2462-5
3. Poletti PA, Platon A, Rutschmann OT, Schmidlin FR, Iselin CE, Becker CD. Low dose versus standard dose CT protocol in patients with clinically suspected renal colic. AJR AM J Roentgenology.2007 Apr;188(4):927-33
4. Poletti PA, Andreggen E, Rutschmann O, De Perrot T, Caviezel A, Platon A : Indication au CT low-dose aux urgences. Rev med suisse 2009;5:1590-4
5. Miller OF, Kane CJ. Time to stone passage for observed ureteral calculi : A guide for patient education. The journal of Urology 1999;162:688-69.
6. Péchère-Bertschi A, Stalder H Colique néphrétique Primary Care 2003;3 :526-30
7. Hernandez T, Stoermann Chopard C, Bonny O, Iselin C, Marint PY, Jaeger P. Approche pratique de la lithiase rénale : duo entre généralistes et spécialistes. Rev med Suisse 2013;9:456-61.
8. Moe OW. Kidney stone: Pathophysiology and medical management. Lancet 2006; 367:333-44
9. Goldfarb DS, Arowojolu O. Metabolic evaluation of first-time and recurrent stone formers. Urologic Clinics of North America 2013; 40;13-20.

Dernière mise à jour 2017 par : A. Potric, J. Klein, C. Stoermann Chopard