

DEVENIR DU PATIENT À LA SORTIE DU SERVICE D'URGENCES

CRITÈRES D'ORIENTATION

I) Vers une hospitalisation

- Complications (fièvre, douleur non contrôlée, anurie, insuffisance rénale, rein unique) : urologie.
- Grossesse : gynécologie obstétrique.
- Zone d'Hospitalisation de Très Courte Durée (ZHTCD) lorsqu'il ne s'agit pas d'une colique néphrétique simple suffisamment 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 4 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 tous les matins 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 24 heures.
- Faites faire les examens prescrits comme prévu et apportez les résultats à la consultation.

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.

SOINS INFIRMIERS

L'Infirmier(e) d'Organisation de l'Accueil (IOA) et/ou des Urgences

1. Reconnaît la douleur néphrologique 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. Réalise une analyse d'urine par bandelette urinaire.
4. Choisit et applique une méthode d'évaluation de la douleur compatible avec le patient. Note ces éléments sur le dossier patient.
6. 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.
7. Sur prescription médicale : effectue l'administration des antalgiques, en note l'efficacité et la tolérance, en particulier lors de et après la titration morphinique.
7. 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.
8. 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

- Conférence de consensus: prise en charge des coliques néphrétiques de l'adulte dans les services d'accueil des urgences. Société francophone de médecine d'Urgence Marseille 1999.
- Conférence de consensus: traitement médicamenteux de la douleur de l'adulte dans un service d'accueil des urgences. Société francophone de médecine d'Urgence Créteil 1993.
- Conférence d'experts: Modalités de la sédation et/ou de l'analgésie en situation extrahospitalière Société française d'anesthésie et réanimation. 1999.
- Li DK, Liu L, Odouli R. Exposure to non-steroidal anti-inflammatory drugs during pregnancy and risk of miscarriage: population based cohort study. *BMJ*. 2003 16 ; 327 (7411) :368.
- 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.
- Teichman JMH. Acute renal colic from ureteral calculus. *N Engl J Med* 2004 ; 350 : 684-93.
- Wilsey B. Pain management in the ED. *Am J Emerg Med* 2004 ; 22 : 51-7.
- Holdgate A, Pollock T. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) versus opioids for acute renal colic. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004 ; (4) : CD004137.

2540517

ARSENAL

COMITÉ SCIENTIFIQUE :

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

GÉNÉRALITÉS

DOULEUR

- Douleur brutale et 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 caractéristique, 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 85,5 % des cas à la bandelette et 94,5 % avec la bandelette et examen microscopique¹.

ÉTABLISSEMENT

STRATÉGIE D'ANALGÉSIE

SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE

DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

Fissuration/rupture d'anévrisme de l'aorte à envisager chez tous les patients	Infarctus rénal
Pyélonéphrites aiguës	Torsion du testicule (pudeur)
Tumeurs rénales et des voies urinaires	Colique hépatique, cholécystite
Nécrose papillaire (diabète)	Diverticulite
Appendicite	Pneumonie/pleurésie basse
Nécrose ischémique du cæcum	Affections lombaires ostéo-musculaires
Torsion de kyste ovarien, grossesse extra-utérine	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.

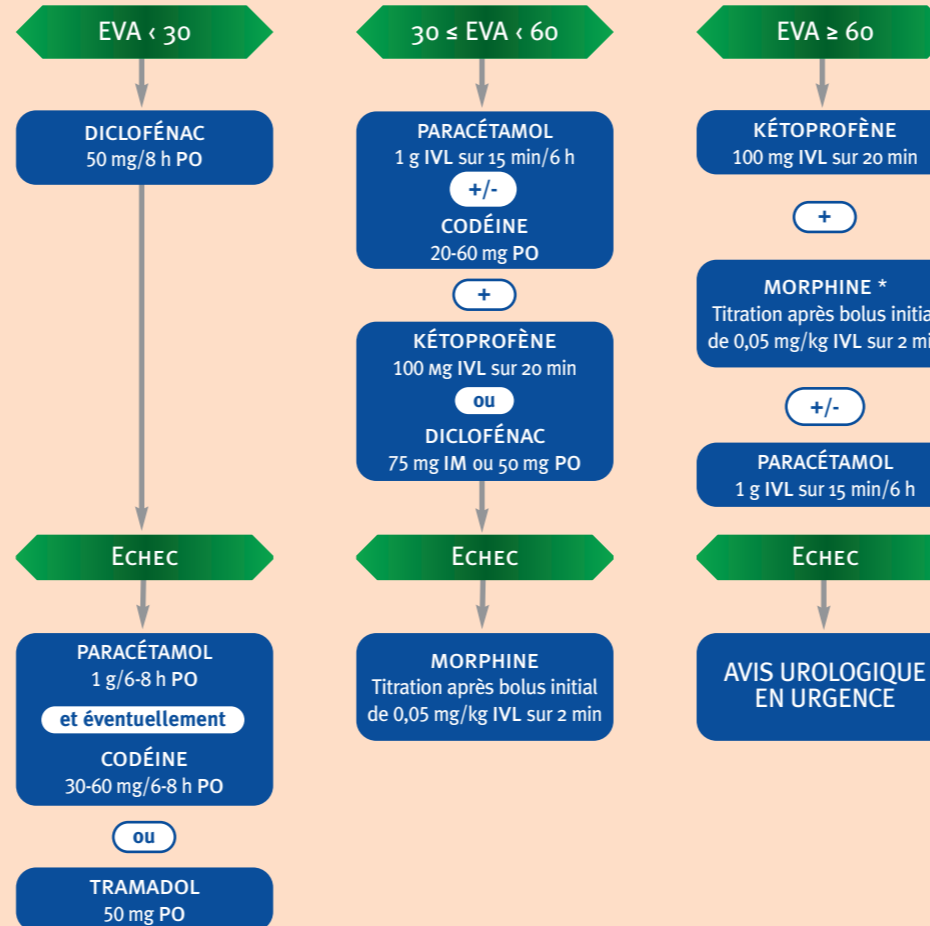
REMARQUES

- Rassurer 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 < 6 mois.
- Ulcère gastrique en évolution.
- Insuffisance hépatique sévère.
- Insuffisance rénale sévère.
- Insuffisance cardiaque sévère.
- Traitement anticoagulant en cours.
- Traitement diurétique.

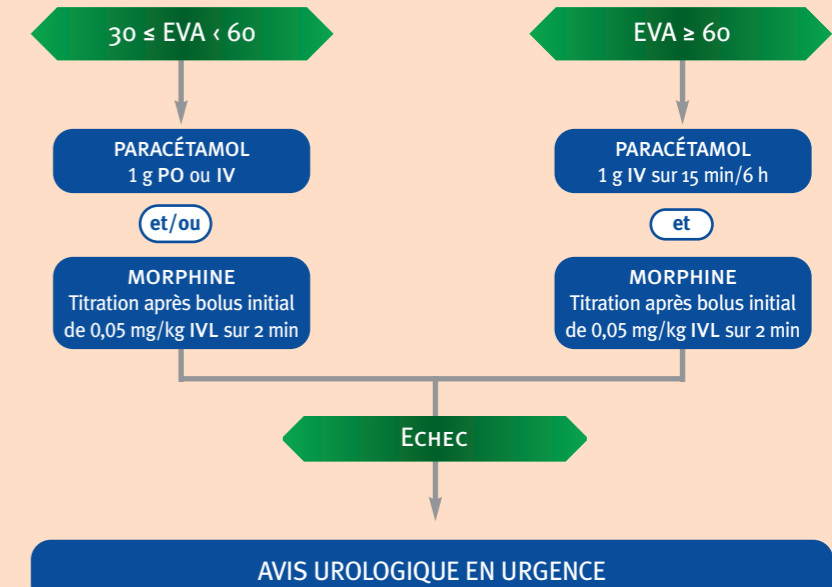
PAS DE CONTRE-INDICATION AINS



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 ou dextropropoxyphène.
Si patient hospitalisé : kétoprofène 100 mg en 20 minutes IV/8 h ou diclofénac per os 50 mg/8 h. Hydratation normale.

* 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 AINS



Pour le retour à domicile : en cas de contre-indication aux AINS, la prescription comporte des antalgiques de niveau IIa (paracétamol et codéine ou dextropropoxyphène).
Si patient hospitalisé : Paracétamol et codéine ou dextropropoxyphène, ou morphine sous cutanée / 4 heures : dose de morphine nécessaire à la titration jusqu'à 0,1 mg/kg, toutes les 4 heures, SC ou en PCA (analgésie contrôlée par le patient) ; hydratation normale.