

DOSSIER N°: 228

ENONCE

Un homme de 50 ans se présente aux urgences. Depuis 3 heures, il ressent une douleur lombaire gauche extrêmement violente, qui irradie vers la fosse iliaque gauche, l'aîne et les bourses. Il est par ailleurs nauséeux. Il vous dit qu'il a déjà présenté un épisode de colique néphrétique du même côté il y a 2 ans, à la suite duquel il avait éliminé un calcul d'oxalate de calcium. Il est traité depuis 5 ans pour une hypertension artérielle par une association hydrochlorothiazide-énalapril (Corenitec®). L'examen clinique trouve un patient obèse (100kg pour 1m75), en bon état général. L'abdomen est souple, les orifices herniaires sont libres, et la douleur est majorée par la percussion de la fosse lombaire. Les urines sont claires. Les constantes vitales sont normales (FR : 20/min, FC : 84/min, TA : 145/80 mmHg, T° :37,2°C). A l'évidence, il s'agit cliniquement d'une récurrence de colique néphrétique.

QUESTION n°: 1

Vous pratiquez un examen des urines à la bandelette. Qu'en attendez-vous? Que feriez-vous si elle était négative (=tous les indicateurs de la bandelette étant normaux)?

REPONSES n°: 1

La bandelette va confirmer le diagnostic en révélant l'existence d'une hématurie. Cet examen a une bonne valeur prédictive positive. Dans le contexte. Si elle était négative, il faudrait rechercher un diagnostic différentiel.

QUESTION n°: 2

Quel traitement antalgique proposez-vous ?

REPONSES n°: 2

Un anti-inflammatoire IV (ketoprofène-Profenid®) ou per os (diclofénac-Voltarène® par exemple) en l'absence de vomissements et d'antécédents d'ulcère digestif et de signes d'infection. Un antalgique (paracétamol par exemple, voire un antalgique de niveau 2 de type paracétamol/dextropropoxyphène)). En cas de persistance de la douleur, injection de Morphine en SC ou IV.

QUESTION n°: 3

Quelles sont les complications iatrogènes les plus courantes envisageables chez ce patient avec le traitement de première intention que vous avez prescrit ?

REPONSES n°: 3

L'association d'un AINS à un traitement anti-hypertenseur est susceptible de déséquilibrer l'hypertension artérielle (généralement après quelques jours de traitement). L'association d'un AINS à un traitement comportant une association diurétique-IEC peut altérer la fonction rénale (insuffisance rénale fonctionnelle) et entraîner une hyperkaliémie. Risque digestif (pathologie ulcéreuse avec AINS, vomissements avec morphine).

QUESTION n°: 4

Sur quels arguments allez-vous éventuellement hospitaliser ce patient?

REPONSES n°: 4

- 1) S'il existe des signes infectieux (Fièvre > 38°C) et/ou présence de leucocytes/nitrites à la bandelette)
- 2) Constatation d'une anurie, d'une insuffisance rénale.
- 3) Crise rebelle aux antalgiques. La découverte d'une dilatation des cavités pyélo-calicielles à gauche n'est pas une indication à l'hospitalisation.

QUESTION n°: 5

Si votre traitement se révèle efficace, quel traitement et quelles explorations prescrivez-vous au malade pour les prochaines 24 heures ? Quel conseil donnez-vous au malade quant au suivi médical ?

REPONSES n°: 5

Sur le plan thérapeutique : Arrêter l'hydrochlorothiazide-énalapril (Corenitec®) Un anti-inflammatoire per os (Ketoprofène-Biprofenid® ou diclofénac-Voltarène® par exemple) en l'absence d'antécédents d'ulcère digestif. Un antalgique (paracétamol par exemple) Aucun argument scientifique pour la restriction hydrique. Boire normalement (pas plus, pas moins que d'habitude). Sur le plan diagnostique : Recueillir et tamiser les urines. Effectuer une radiographie d'abdomen sans préparation et une échographie rénale si ces deux examens n'ont pas été faits d'emblée. Consulter de nouveau un médecin, en cas de tout symptôme nouveau, ou en cas de récurrence de la douleur malgré le traitement.

QUESTION n°: 6

Trois jours après le début du traitement, il n'a toujours pas expulsé de calcul, et la douleur persiste. Il revient aux urgences. Que lui proposez-vous, sachant qu'il a parfaitement suivi vos conseils thérapeutiques, que l'échographie rénale initiale était normale et qu'aucun autre examen n'a été fait pendant ces 3 jours?

REPONSES n°: 6

Une nouvelle échographie des voies urinaires ou un scanner hélicoïdal en urgence et un avis spécialisé urologique sont indispensables devant cette crise prolongée. Hospitalisation recherche d'une infection urinaire (BU+ECBU) réévaluation de la fonction rénale (créatininémie).

QUESTION n°: 7

Il expulse finalement spontanément un calcul 24 heures après son hospitalisation. Quelles sont les mesures préventives des récurrences chez ce malade?

REPONSES n°: 7

Maintenir une diurèse > 2litres / jour (apports > 2 l/j. Régime diététique (boissons et alimentation) approprié à la nature de la lithiase Chercher et traiter une étiologie.

ITEM N° 259 : Lithiase urinaire

ITEM N° 66 : Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses

ITEM N° 181 : Iatrogénie. Diagnostic et prévention - Prendre en compte et prévenir le risque iatrogène lors d'une décision médicale.